

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS

MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA: ANÁLISE
COMPARADA

JOÃO PESSOA
2016

NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS

MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA: ANÁLISE
COMPARADA

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Projeto multicêntrico de avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde da criança.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Altamira Pereira da Silva Reichert.

S237m Santos, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito.
Modelos de atenção primária à saúde da criança: análise comparada / Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos.- João Pessoa, 2016.
199f. : il.
Orientadora: Altamira Pereira da Silva Reichert
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da criança. 4. Serviços de saúde - avaliação.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS

Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: análise comparada

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.
Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

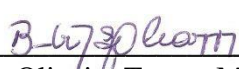
Aprovada em: ____ de _____ de 2016

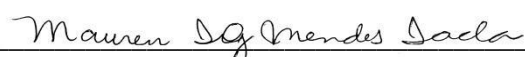
BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Altamira Pereira da Silva Reichert - Presidente
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof^ª. Dr^ª. Neusa Collet – Membro Examinador Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof^ª. Dr^ª. Jordana de Almeida Nogueira – Membro Examinador Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB


Prof^ª. Dr^ª. Beatriz Rosana de Oliveira Toso – Membro Examinador Externo
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE


Prof^ª. Dr^ª. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla – Membro Examinador Externo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina de Oliveira Silva – Membro Examinador Suplente
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. Dr. Franklin Dellano Soares Forte – Membro Examinador Suplente
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

*Dedico a Deus,
Pai onipotente, que alicerçou essa caminhada,
entregando-me a certeza de que, nos
momentos mais difíceis, em seus braços eu
estaria.*

*Dedico também aos preciosos presentes que,
'Ele', em sua infinita misericórdia e bondade,
me concedeu: Meu amor, Einstein, e nosso
filho, Caio, razões da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Uma história não pode ser escrita em uma só linha, nem tampouco, por uma única pessoa. Por isso, eu agradeço:

A Deus, *Senhor de todas as coisas*, pela fé e paciência concedidas, fazendo-me entender que tudo tem sua hora. Por isso, para honra e glória do seu nome devo fazer valer o que aprendi.

Aos meus pais, *Charles e Fátima*, pela vida, pelo amor, pelas orações e por me ensinarem, pelo exemplo, a ser perseverante, buscar os sonhos com determinação e ter fé. Essa vitória também é de vocês! Simplesmente amo!!!

Aos meus irmãos, *Charles Filho e Cristhianne*, por todo amor, atenção, palavras de incentivo e confiança, indispensáveis para o meu prosseguir. Minha gratidão.

Ao meu primeiro, único e verdadeiro *amor, Einstein*, cuja existência ao meu lado, expressa cumplicidade, amizade e respeito. Como diz a canção: [...]“Eu disse aonde eu ia. Conte-te os sonhos meus. Dissestes que era teu o meu caminho. Encheste a minha vida de carinho. Dissestes que também buscavas Deus. Eu te agradeço tanto por este matrimônio, que se tornou meu sonho. Que é muito mais bonito que eu pensei” [...] (Pe. Zezinho). Com você foi mais fácil! Serei eternamente grata!!!

Ao meu filho, *Caio*, nosso pequeno grande homem, pelo amor incondicional expresso nos sorrisos, nos abraços e nos beijos a cada retorno meu. Pelas palavras ditas nas suas orações, quando agradecia a Deus por todas as coisas que tem feito em sua vida, ao mesmo tempo em que pedia: “Faz com que mamãe passe na prova”. Mas, ainda, pelas palavras que ficaram engasgadas no desgosto diante da minha ausência (como doíam em mim). *Amo você mais que tudo. No peito, amor!*

A todos os familiares que acompanharam, contribuíram e torceram por esta conquista, em especial à minha avó materna, *Doralice*, meu rochedo; aos meus sogros, *Maria José e Euzeli* (pais que ganhei), pelo acolhimento, pelo incentivo e pelo amor de vocês; a *Allana Egle*, pela disponibilidade e carinho, quando precisei, e a *Dona Auta (in memorian)*, que, como uma avó, em seus dias mais difíceis, ensinou-me o quanto a ‘vida’ é fugaz e que a união e o amor são os mais preciosos bens que podemos plantar nesta ‘fantástica aventura’. Eternamente em meu coração!!!

À Josicleide (Nani), por toda a dedicação, pelo carinho e pelo cuidado com meu filho e a minha casa, por todos os dias, principalmente, nos de ausência minha. Eu te agradeço tanto, que as palavras faltam para expressar!

À minha orientadora, a *Prof^a. Altamira Pereira da Silva Reichert*, pelo acolhimento e pela competência. Ela é um exemplo de profissional comprometida com a saúde da criança, mulher de um precioso olhar, que fez ascender em meu coração esperança. Obrigada por me conduzir a este momento fascinante, em que as palavras, ainda que radiantes, escassas são para expressar tamanha gratidão. Minha admiração e respeito. Estará sempre no meu coração.

Aos membros da banca examinadora *Neusa Collet, Beatriz Toso, Jordana Nogueira, Mauren Tacla, Ana Cristina e Franklin Forte* pela simplicidade, pelas valiosas contribuições

científicas e pela disponibilidade de sempre nesse processo. Os verdadeiros ‘mestres’ nos inspiram a querer fazer sempre o melhor.

Aos grupos de pesquisa *GESCAAP e GEPSCA*, especialmente a *Daniele Vieira, Elenice, Simone Damasceno e Vanessa Medeiros*, pelo carinho e amizade, pelo apoio e pelo conhecimento compartilhado, e a todos os que colaboraram com a coleta de dados deste projeto.

A todos os colegas das turmas de Mestrado e Doutorado, especialmente a *Iluska, Lorena e Aline Marcolino*, por tudo o que compartilhamos e construímos em um curto e intenso tempo, em que nem mesmo o tempo explicaria a afinidade que existe em nós. Muito obrigada!

A todos os colegas de trabalho da UFCG - CES, especialmente às amigas *Anajás, Benegelia, Édija, Danielle, Heloisy, Janaina, Luciana e Marclineide*, a quem sou grata, por tanta atenção, carinho e cuidado em cada palavra de incentivo, que me impulsionou a seguir firme sem abandonar o sonho. Sintam-se, carinhosamente, abraçadas!

Aos funcionários do PPGEnf, *Seu Ivan, Dona Carmen, Ivan* e, especialmente, *Nathali* pelo carinho e pela cordialidade de sempre. Agradeço de coração a atenção de todos vocês!!!

Também, àqueles que, mesmo sem intenção, com o simples silêncio de uma escuta, contribuíram com mais um degrau para que eu alcançasse essa conquista. Sintam-se contemplados aqui!!!

“Sou quem sou por que somos todos nós”! Ubuntu - Antiga palavra africana.

Esperança

Lá bem no alto do décimo segundo andar do Ano
Vive uma louca chamada Esperança
E ela pensa que quando todas as sirenas
Todas as buzinas
Todos os reco-reco tocarem
Atira-se
E
— ó delicioso vôo!
Ela será encontrada miraculosamente incólume na calçada,
Outra vez criança...
E em torno dela indagará o povo:
— Como é teu nome, meninazinha de olhos verdes?
E ela lhes dirá
(É preciso dizer-lhes tudo de novo!)
Ela lhes dirá bem devagarinho, para que não esqueçam:
— O meu nome é ES-PE-RAN-ÇA...

Mário Quintana

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tese

- Quadro 1 - Relação entre os itens estruturais e processuais descritos por Donabedian e os atributos da APS estabelecidos por Starfield **68**
- Quadro 2 - Relação dos atributos e grau de afiliação com os componentes avaliados no PCATool - Brasil na versão criança **83**

Artigo de Revisão da Literatura

- Figura 1 - Caracterização dos estudos selecionados (n=37) - João Pessoa, PB, Brasil, 2006 a 2015 **49**

LISTA DE TABELAS

Tese

Tabela 1 -	Composição da amostra em relação à população do estudo nos municípios de Cascavel - PR, Londrina - PR e João Pessoa - PB	80
------------	--	-----------

Artigo original 1

Tabela 1 -	Avaliação do escore essencial e geral da Atenção Primária à Saúde em diferentes modelos de atenção	95
Tabela 2 -	Avaliação dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde da criança em diferentes modelos de atenção	96

Artigo original 2

Tabela 1 -	Dados demográficos e socioeconômicos dos familiares e ou cuidadores nos modelos de atenção primária à saúde da criança	110
Tabela 2 -	Escore dos atributos orientação familiar e comunitária, dos modelos de atenção primária à saúde	111
Tabela 3 -	Escore médio de 0-10 dos itens dos atributos derivados dos modelos de atenção primária à saúde	112

Artigo original 3

Tabela 1 -	Características socioeconômicas e demográficas de familiares e/ou cuidadores de crianças atendidas nos diferentes modelos de APS	122
Tabela 2 -	Escore médio de zero a 10 e erro-padrão dos itens que compõem o atributo acesso de primeiro contato nos modelos de Atenção Primária à Saúde	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMAQ-AB	Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade
ANOVA	Análise de Variância
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centros de Atenção Integral à Saúde Especializada
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS-i	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CASM	Centro de Atendimento em Saúde Mental
CEACRI	Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente
CEDIP	Centro Especializado de Doenças Infecção parasitárias
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CENTRINHO	Centro de Atendimento Especializado Claudemir Conhaque
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
CRE	Centro Regional de Especialidades
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB	Departamento de Atenção Básica
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DS	Distritos Sanitários
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEPSCA	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e Adolescente
HMSI	Hospital Municipal Santa Isabel
HVF	Hospital Valentina Figueiredo
ICV	Instituto Cândida Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
MESCH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência Social
NOB	Normas Operacionais Básicas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Postos de Atendimento Continuado
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAID	Programa de Atendimento a Internação Domiciliar
PB	Paraíba

PCATool	Primary Care Assessment Tool
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PR	Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TabWin	Programa de Tabulação de dados no Windows
TCLE	Temo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEPB	Universidade Federal da Paraíba
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMOS	Unidade Móvel de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito. **Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: análise comparada**. 2016. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: No mundo um expressivo número de crianças ainda morre antes de comemorar o quinto aniversário, por causas evitáveis diante de uma atenção primária de boa qualidade. Por essa razão, os modelos de atenção à saúde devem estar orientados para a Atenção Primária à Saúde e/ou estruturados em conformidade com seus atributos ordenadores. **Objetivo:** Comparar o grau de orientação à atenção primária em saúde da criança nas unidades de atenção básica que operam com diferentes modelos de atenção. **Método:** Trata-se de pesquisa transversal, quantitativa e avaliativa, da qual participaram 1.484 familiares e/ou cuidadores de crianças menores de dez anos, atendidas em unidades de saúde que atuam com diferentes modelos de atenção. Os dados foram coletados de outubro de 2012 a fevereiro de 2013, utilizando-se os instrumentos: *Primary Care Assessment Tool*, Brasil, versão criança para avaliar a Atenção Primária, e outro que contemplou dados sociodemográficos e econômicos das famílias. A análise foi feita por meio de estatística descritiva, com frequências simples e construção dos escores dos atributos avaliados, de acordo com o Manual do Ministério da Saúde. Para avaliar o modelo mais orientado para a Atenção Primária à Saúde e comparar os atributos entre os diferentes modelos, foram aplicados, respectivamente, a análise de variância paramétrica, associada ao teste de comparações múltiplas de *Tukey*, e o teste de *Kruskal-Wallis*, associado ao de comparações múltiplas de *Dunnnett*, ambos com nível de significância de 5%. **Resultados:** Ao comparar os modelos, verificou-se diferença estatisticamente significativa em favor do modelo de Unidade Básica de Saúde mista para o escore geral ($p < 0,05$) e superioridade para escore essencial, mesmo sem diferença significativa. Quanto aos atributos, somente o acesso de primeiro contato - utilização - foi satisfatório e não apresentou diferença entre os modelos. No entanto, entre os atributos que apresentaram diferença, foi favorável ao modelo misto para grau de afiliação, coordenação - integração de cuidados, integralidade - serviços disponíveis e serviços prestados, e ao modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional para as dimensões sistema de informação e acessibilidade. Apesar de os atributos derivados não terem alcançado o ponto de corte, os modelos que operam com a Estratégia Saúde da Família apresentaram diferença favorável para orientação familiar e orientação comunitária. **Conclusão:** A Unidade Básica de Saúde mista revelou ser o modelo mais orientado para a atenção primária no cuidado voltado para a criança. Isso se deve, possivelmente, à soma de potencialidades dos modelos tradicional e Estratégia Saúde da Família, pois, mesmo com limitações, apresentaram escores gerais próximos ao ideal. Assim, quando integrados em uma mesma estrutura, podem contribuir para melhorar o processo de trabalho das equipes em direção a reorientar a atenção primária no cuidado à criança.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito. **Models of Child's Primary Health Care: compared analysis.** 2016. 199f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: In the world, a significant number of children still die, before celebrating the fifth birthday, from preventable causes in qualified primary care. Therefore, health care models should be oriented to Primary Health Care and / or structured in accordance with its ordering attributes. **Objective:** To compare the degree of orientation to the child's primary health care in basic care units which operate with different models of care. **Method:** It is a cross-sectional, quantitative and evaluative research in which a total of 1,484 family members and / or caregivers of children under ten years took part. These children were seen in health units which work with different models of care. Data collection was carried out from October 2012 to February 2013 by using the instruments: Primary Care Assessment Tool, Brazil, child version, to evaluate the Primary Care; and the other one covering the families' socio-demographic and economic data. The analysis was made by means of descriptive statistics with simple frequencies and construction of scores of evaluated attributes, according to the Ministry of Health Manual. To evaluate the most oriented model to Primary Health Care and compare the attributes among the different models, the parametric analysis of variance - associated with Tukey's multiple comparison test -, and Kruskal-Wallis test - associated with Dunnett's multiple comparison test - were applied, respectively, both with a 5% significance level. **Results:** By comparing the models, statistically significant difference was verified in favor of the mixed Basic Health Unit model ($p < 0,05$) to the overall score and superiority to the essential score, even without significant difference. As to the attributes, only the first contact access - use - was satisfactory and did not show any difference between the models. However, among the attributes that showed differences, this was favorable to the mixed model for degree of affiliation, coordination - integration of care, comprehensiveness - available services and provided services, and to the traditional Basic Health Unit model for the dimensions: information system and accessibility. Although the derived attributes have not reached the cut-off point, the models that work with the Family Health Strategy had a favorable difference for family and community orientation. **Conclusion:** The mixed Basic Health Unit was revealed as the most oriented model to the child's primary care. This is possibly due to the sum of potentialities of the traditional and the Family Health Strategy models, once even with limitations, they showed overall scores close to ideal. Thus, when integrated into a single structure, they can contribute to improving the work process of the teams towards the reorientation of the child's primary care.

Keywords: Primary Health Care. Child's Health. Health Service Evaluation.

RESUMEN

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito. **Modelos de Atención Primaria a la Salud del niño: análisis comparado**. 2016. 199f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: Por falta de una atención primaria de buena calidad, muchos niños todavía mueren antes de cumplir cinco años en todo el mundo. Para una mejor atención primaria, los modelos de atención a la salud deben estar orientados para la Atención Primaria a la Salud y/o estructurados según sus atributos reguladores. **Objetivo:** Comparar el grado de orientación a la atención primaria a la salud al niño en las unidades de atención básica que actúan con diferentes modelos de atención. **Método:** Es una investigación transversal, cuantitativa/evaluativa, realizada con 1.484 familiares y/o cuidadores de niños menores de diez años, atendidas en unidades de salud actuantes en diferentes modelos de atención. Recogemos los datos de octubre de 2012 a febrero de 2013 utilizando los instrumentos *Primary Care Assessment Tool*, Brasil, versión niño, para evaluar la Atención Primaria y otro observando datos sociodemográficos /económicos de las familias. El análisis fue estadístico descriptivo con frecuencias sencillas y construcción de los escores de los atributos evaluados según el manual del Ministerio de la Salud. Para evaluar el modelo más orientado a la Atención Primaria a la Salud y comparar los atributos entre los diferentes modelos, empleamos el análisis de variancia paramétrica integrado al test de comparaciones múltiples de *Tukey* y el test de *Kruskal-Wallis*, asociado al de comparaciones múltiples de *Dunnnett*, ambos con nivel de significancia de 5%. **Resultados:** Verificamos diferencia estadísticamente significativa en favor del modelo de Unidad Básica de Salud mista ($p < 0,05$) para el escore general y superioridad para el escore esencial, no obstante, sin diferencia significativa. Sobre los atributos, solo el acceso del primer contacto - utilización - fue satisfactorio y no presentó diferencia entre los modelos pero entre los atributos que presentaron diferencia, fue favorable al modelo misto para grado de afiliación, coordinación - integración de cuidados, integralidad - servicios disponibles y servicios prestados incluso al modelo tradicional para las dimensiones sistema de información y accesibilidad. Aunque los atributos derivados no hayan alcanzado el punto de corte, los modelos que actúan con la Estrategia Salud de la Familia, presentaron diferencia favorable para orientación familiar y comunitaria. **Conclusión:** La Unidad Básica de Salud mista reveló ser el modelo más orientado a la atención primaria en el cuidado al niño. A lo mejor, ese resultado se debe a la suma de potencialidades de los modelos tradicionales y Estrategia Salud de la Familia, pues aunque limitado, presentaron escores generales próximos al ideal. Así, cuando integrados en una misma estructura, pueden contribuir para la mejoría del proceso de trabajo de los equipos hacia la reorientación de la atención primaria en el cuidado al niño.

Descriptores: Atención Primaria a la Salud. Salud del Niño. Evaluación de Servicios de Salud.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	19
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3 QUADRO TEÓRICO.....	26
3.1 MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA.....	26
3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	39
3.3 ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA - Potencialidades e Fragilidades dos Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: Revisão Integrativa.....	44
4 MÉTODO.....	65
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	65
4.2 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	65
4.2.1 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde segundo Donabedian.....	65
4.2.2 Avaliação da Atenção Primária à Saúde na concepção de Starfield.....	66
4.3 CENÁRIOS DO ESTUDO.....	73
4.3.1 Caracterização do município de Cascavel – Paraná.....	73
4.3.2 Caracterização do município de Londrina – Paraná.....	75
4.3.3 Caracterização do município de João Pessoa – Paraíba.....	77
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	79
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	80
4.6 COLETA DE DADOS.....	81
4.6.1 Procedimentos de coleta de dados.....	81
4.6.2 Instrumentos de coleta de dados.....	81
4.6.3 Variáveis do estudo.....	83
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	84
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	86
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87
5.1 ARTIGO ORIGINAL 1 – Presença e extensão dos atributos de Atenção	88

Primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado.....	
5.2 ARTIGO ORIGINAL 2 – Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança.....	106
5.3 ARTIGO ORIGINAL 3 – Acesso de primeiro contato na atenção à criança em diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde.....	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS.....	139
APÊNDICE A.....	149
APÊNDICE B.....	150
APÊNDICE C.....	151
APÊNDICE D.....	152
ANEXO A.....	156
ANEXO B.....	163
ANEXO C.....	164
ANEXO D.....	175
ANEXO E.....	177
ANEXO F.....	178
ANEXO G.....	186
ANEXO H.....	187
ANEXO I.....	194
ANEXO J.....	195

APRESENTAÇÃO

Minha história profissional começou a ser escrita em 1998, quando ingressei no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Foi nesse período que despertou o meu interesse pela saúde materna e infantil, esmerado com a vivência nas atividades teórico-práticas da disciplina Saúde Coletiva e no Estágio Rural Integrado (ERI), onde pude experienciar a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, e consolidar a área de afinidade a seguir. Diante desse passo, realizei meu Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) sobre a vivência e os sentimentos maternos de gestantes de alto risco hospitalizadas no Hospital Universitário Lauro Wanderley, e assim, tornei-me enfermeira!

Desde o primeiro mês de formada fui atuar na Estratégia Saúde da Família, guardando o desejo de seguir também a carreira docente. Contando do primeiro contrato no município de Japi, no Rio Grande do Norte, até o último vínculo municipal com a prefeitura de Campina Grande, na Paraíba, foram quase oito anos exercendo a função de enfermeira da Saúde da Família.

Como enfermeira da atenção básica, procurei implementar ações de atenção à saúde em todos os ciclos de vida, e dentre esses, à criança, aproveitando as oportunidades para me atualizar e buscar proporcionar uma atenção integral à esse grupo populacional como preconiza o Ministério da Saúde. No entanto, muitos foram os desafios (e por que não dizer, que continuam sendo para os que atuam na APS, ponto de entrada para a Rede de Atenção à Saúde - RAS), considerando as dimensões estrutural, organizacional e relacional, esta referente à inter-relação com a gestão.

Já como especialista em Serviços de Saúde Pública e atuando também como docente, em curso profissionalizante de enfermagem pelo PROFAE, ecoava em mim o desejo de cursar uma pós-graduação e me capacitar, ampliar os conhecimentos e fortalecer minhas competências para melhor contribuir à comunidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Assim sendo, vislumbrando retornar a academia, abracei a oportunidade de exercer a docência. Como um presente divino, fui aprovada em concurso público para professor efetivo de ensino superior no curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Educação e Saúde (CES), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), na área de minha afinidade, a saúde da criança. Assim, posso dizer que comecei a trilhar os passos para galgar o mestrado. No entanto, o caminho seguia um sentido inverso ao habitual.

Firme nesse objetivo entrei em contato com a professora Altamira Pereira da Silva Reichert do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, minha professora de

Saúde da Criança quando na graduação. Ao saber da minha realidade profissional, ela foi receptiva e me acolheu no Grupo de Estudo em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária (GESCAAP), onde passei a colaborar e produzir na área, preparando-me para a seleção do mestrado. Na ocasião, o projeto de pesquisa tinha como objeto de estudo a vigilância do desenvolvimento infantil e o conhecimento dos profissionais que atuam no contexto da ESF, problemática abordada em uma das disciplinas de saúde da criança que ministrou na UFCG. Pela segunda vez, recebi mais um presente de Deus, a aprovação no mestrado.

A partir de então, seguia confiante de que estava no caminho certo. Mesmo sabendo que outros desafios viriam, não imaginava que seria surpreendida com a proposta de mudar de projeto e responder a outro objetivo: uma pesquisa multicêntrica e de abordagem quantitativa sobre a efetividade da atenção primária à saúde da criança. Apesar de inúmeras dúvidas, sobretudo no tocante a amplitude do estudo, não hesitei em aceitar. Coloquei-me a disposição para aprender.

Como mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, dedicava-me as disciplinas e a aprofundar o olhar sobre a avaliação dos serviços de saúde, especificamente, a avaliação da atenção primária em saúde da criança, por meio do PCATool ou instrumento de Avaliação da APS - Brasil (versão criança elaborado por Bárbara Starfield). O desafio era comparar o grau de orientação à atenção primária em saúde da criança em diferentes modelos de atenção, a partir dos atributos essenciais e derivados da APS.

Como um sinal de Deus, durante o contato com estatístico Joab (*in memoriam*), descobri que esse projeto tinha consistência para uma tese de doutorado. Sinal divino é como me refiro ao lembrar sua sugestão, pois dias após nossa conversa, ele deixou este plano e subiu para os braços do pai. Compartilhando o seu olhar com minha orientadora, veio a confirmação daquilo que também já era seu pensamento. Ela ascendeu em meu coração a esperança de chegar ao doutorado.

Foram muitas as análises de regimentos, discussões e elaboração de resolução, no sentido de esclarecer como se daria a ‘mudança de nível’ do mestrado para o doutorado, situação por mim inaugurada no programa. Após atender as exigências e qualificar a tese com resultados preliminares, recebi mais um presente de Deus: ser doutoranda.

Foram mais dois anos de estudos, disciplinas, seminários, estágio docência e a elaboração da tese. Não posso dizer que foi fácil, mas com o apoio de todos, somado aos conhecimentos adquiridos, não me faltou impulso para continuar. Por fim, a tese foi elaborada em formato de artigo científico, contemplando, além das considerações iniciais e finais,

quadro teórico, método e referencial teórico-metodológico, os resultados e discussão em três artigos originais.

Após o fechamento desse ciclo, coloco-me a disposição da comunidade acadêmica, para atender as necessidades da tríade ensino, pesquisa e extensão, sempre buscando aperfeiçoar as disciplinas que ministro e contribuir com a formação e a capacitação dos profissionais em direção a reorganizar as ações e as práticas de cuidado à criança, sua família e a comunidade na APS.

Assim, mais um capítulo da minha história profissional foi escrito e concluído com distinção. De um sonho a uma valiosa conquista, que fica registrada nestas entrelinhas.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A criança, um ser dotado de singularidades em seu processo de crescimento e desenvolvimento, representa o futuro de uma nação. Por isso, devido à mudança de perfil epidemiológico dessa população, dos avanços científicos e tecnológicos e da mudança nos modelos de atenção à saúde, esforços vêm sendo investidos na atenção a este segmento da sociedade, com foco na qualidade de vida e na defesa dos direitos humanos¹.

Ressalta-se, porém, que, apesar do empenho mundial para se dispensar atenção integral, um número expressivo ainda morre antes de comemorar o quinto aniversário por doenças que podem ser prevenidas ou tratadas com intervenções de boa qualidade². Neste eixo, pode-se destacar o seguimento do binômio mãe-criança nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), na atenção pré-natal, ao parto, nascimento e na puericultura, com avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento, imunização, identificação precoce de doenças prevalentes na infância, com intervenção em tempo oportuno e incentivo ao aleitamento materno³.

As fragilidades nessas ações e práticas de cuidado ofertadas pelos profissionais nos serviços de APS⁴ podem transformar causas evitáveis, como, por exemplo, as doenças infecciosas, como diarreia e pneumonia, e complicações neonatais, nas principais responsáveis pela maioria dos óbitos de crianças de zero a cinco anos de idade⁵.

No mundo, ainda que seja significativa a redução dos óbitos nessa faixa etária de 12,7 milhões, em 1990, para 5,9 milhões, em 2015, os progressos foram insuficientes para alcançar o quarto objetivo de desenvolvimento do milênio (ODM), de reduzir em dois terços a taxa de mortalidade na infância, que decaiu de 91 mortes, por mil nascidos vivos, para 43 em 2015. Assim, nas últimas décadas, foram ceifadas 236 milhões de vidas de crianças com menos de cinco anos².

Diante desse cenário, ainda é mais preocupante o fato de que, se não forem fomentadas novas estratégias para acelerar o ritmo desses passos, a projeção é de que, até 2030, uma estatística alarmante possa se concretizar: a de que 69 milhões de crianças, em todo o mundo, não sobrevivam até os cinco anos de vida, atingidas por doenças evitáveis - 3,6 milhões só em 2030².

No Brasil, embora a taxa de mortalidade de menores de cinco anos tenha alcançado o quarto ODM, com uma redução expressiva de 61 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16 por mil nascidos vivos, em 2015, é à custa da mortalidade neonatal que os níveis de mortalidade na infância continuam elevados, visto que, representam 45% dos óbitos nesse

seguimento da população². Isso aponta para as fragilidades no cuidado ofertado pelos serviços de saúde, que deveriam proporcionar atenção integral à criança a partir do seu nascimento⁶.

Além disso, disparidades regionais também preocupam o país, visto que mesmo tendo diminuído a taxa de mortalidade na infância, já que mais de 1.000 municípios apresentaram uma taxa inferior a cinco mortes por mil nascidos vivos no ano de 2013, em 32 municípios, a cada mil nascidos vivos naquele ano, mais de 80 crianças com idades entre zero e cinco anos não sobreviveram². A Região Nordeste apresentou a redução mais expressiva, pois passou de 2,5 vezes a mais do que na Região Sul, em 1990, para 1,6 vezes em 2011⁷.

Isso sugere que, para enfrentar a morbimortalidade por causas evitáveis, devem-se tomar medidas assertivas, preventivas, curativas e de promoção da saúde, por meio das quais todas as crianças tenham acesso a um cuidado equânime e resolutivo,² que lhes dê a oportunidade de sobreviver, crescer e desenvolver plenamente seu potencial, assistidas por equipes de saúde qualificadas e serviços estruturalmente organizados para oferta de cuidados primários de boa qualidade em qualquer região.

Uma iniciativa governamental com potencial para contribuir com a melhoria na realidade estatística e epidemiológica da saúde da criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Lançada recentemente por meio da portaria GM nº 1130/2015 e organizada a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), institui que o cuidado da criança seja capaz de lhe proporcionar uma boa qualidade de vida e saúde, por meio de um nascimento saudável com pleno desenvolvimento infantil, redução das vulnerabilidades e riscos de morbidade, bem como prevenção de mortes prematuras e de doenças crônicas na vida adulta⁸.

Essa política apresenta o compromisso de orientar e qualificar as ações e os serviços de atenção à criança, buscando nortear gestores e profissionais para oferecerem uma atenção humanizada e qualificada, da gestação ao período neonatal; com incentivo ao aleitamento materno e a uma alimentação complementar saudável; atenção integral às crianças, com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, na promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, diante de agravos prevalentes na infância, doenças crônicas, em situação de violência, na prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; além de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Nesse sentido, objetiva, por meio desses eixos estratégicos, prover uma atenção integral à criança tendo a APS como coordenadora do cuidado nas RAS⁸.

A APS que é compreendida como aquele nível de um sistema de saúde com capacidade para ofertar atenção ao indivíduo em todas as novas necessidades e os problemas

mais frequentes, bem como coordenar ou integrar a atenção fornecida por outro ponto do sistema diante de condições menos comuns ou raras⁹, equivale à Atenção Básica (AB) no cenário brasileiro, de acordo com a portaria nº 2488/2011 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁰.

É importante ressaltar que tanto a APS quanto a AB devem ser compreendidas sob uma concepção ampliada, como, respectivamente, atenção primeira, principal, e não, como elementar ou simples; e basal, de basilar, fundamental¹¹. Nesse sentido, a APS representa o centro das RAS e a estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, uma vez que visa fortalecer a comunicação entre os pontos de atenção primário, secundário e terciário, desarticular a fragmentação da atenção e responsabilizar-se pela qualidade do cuidado ofertado à população quanto aos desafios sociais, epidemiológicos e sanitários do país. Essa comunicação deve ocorrer numa perspectiva de rede poliárquica horizontal, ou seja, em que todos esses pontos são igualmente importantes e distintos somente pelas densidades tecnológicas¹².

Assim, é na perspectiva dessa interpretação abrangente, como estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que se deve refletir sobre a atenção à criança na APS, porquanto é necessário que o modelo de atenção à saúde implementado atenda às funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização em acordo com uma APS de boa qualidade. Nesse contexto, apreende-se por modelo de atenção à saúde o modo como são constituídas as ações de atenção à saúde e articulados os recursos físicos, tecnológicos e humanos para dar resolutividade às necessidades de saúde da coletividade¹³.

Assim sendo, o modelo de atenção deve ter capacidade de atender a 90% das demandas de sua população, ordenar os fluxos e contrafluxos na RAS e conhecer os microterritórios sanitários da população adstrita e o exercício da gestão de base populacional¹². Para tanto, precisa estar estruturado em conformidade com os atributos ordenadores da APS, classificados em essenciais e derivados⁹, como eixos estruturantes para uma atenção integral à comunidade¹⁴. Tais atributos foram definidos por Bárbara Starfield cuja concepção teórica fundamenta este estudo.

Como atributos essenciais, destacam-se: acesso de primeiro contato ou uso dos serviços de saúde para acompanhamento rotineiro ou de um novo problema; longitudinalidade, como a existência de aporte regular de cuidados prestados de modo contínuo; integralidade, que se refere à prestação de um conjunto de serviços preventivos e curativos pelas unidades de saúde, ou encaminhados por elas, de modo a atender às

necessidades da população adscrita; e coordenação do cuidado, como a competência para garantir o seguimento do cuidado na rede de atenção⁹.

Somados a esses, existem atributos derivados que qualificam as ações implementadas na APS, a saber: orientação familiar, por considerar a família como o sujeito da atenção, com potencialidades para o cuidado; orientação comunitária, por reconhecer as necessidades apresentadas pelas famílias em função do contexto geográfico, econômico e sociocultural em que vivem, além da sua importância na avaliação dos serviços; e a competência cultural, que implica a conformação dos profissionais de saúde com as especificidades culturais da população, visando favorecer a interação entre eles⁹.

Logo, deve ser com a presença e a extensão desses atributos ordenadores que as ações ou intervenções de saúde, implementadas nos serviços de atenção primária, devem ser qualificadas, e o modelo de atenção considerado como orientado para a APS⁹. Nesse contexto, cabe atentar para a heterogeneidade da atenção apontada na literatura, em associação com a ausência de um desses eixos ordenadores da APS^{12,15}, que pode culminar em fragilidades na oferta de uma atenção efetiva voltada para a criança.

No território nacional, é possível se deparar com avanços no sistema de saúde perante a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta para reorganizar a atenção primária desde a década de 90¹⁶. Evidências nacionais e internacionais apontadas na literatura¹² destacam este modelo como espaço preferencial para promover saúde e integralidade no cuidado dispensado à criança, e reduzir a mortalidade infantil e as internações por causas sensíveis à APS¹⁷⁻¹⁸.

Todavia, ainda é possível encontrar um cuidado fragmentado e pouco resolutivo, considerando as necessidades de saúde da criança e sua família. Isso limita a construção de um cuidado integral na APS¹⁹, uma vez que essas demandas estão deixando de ser identificadas no ponto de entrada da rede de atenção²⁰, fragilizando a capacidade de ordenar essa RAS.

Mesmo com as potencialidades da ESF para reconhecer a criança em sua singularidade²¹ e propor, em seu processo de trabalho, um seguimento sistemático da saúde infantil, centrado na integração da equipe com a tríade indivíduo-família-comunidade para um agir compartilhado para implementar as ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde infantil¹⁹, esse modelo ainda apresenta desafios em relação às práticas de saúde realizadas pelos profissionais no cotidiano dos serviços. Observa-se que as ações estão direcionadas para a queixa e a conduta, com fragilidades no acesso e na oferta de serviços,

bem como no acolhimento e na continuidade do cuidado que deve ser dispensado à criança na APS²².

Vale atentar para o fato de que, na APS brasileira, apesar da implementação e da expansão das Unidades de Saúde da Família (USF), que atuam com a proposta de ESF para mudar o modelo biologicista e médico-hegemônico-curativista para o modelo de vigilância à saúde conforme os princípios do SUS, são empregados outros modelos de estruturação dos cuidados primários: o modelo tradicional ou Unidade Básica de Saúde tradicional (UBS) e os modelos mistos, que articulam diferentes conformações em uma única unidade de APS¹².

No modelo de UBS tradicional, a unidade encontra-se localizada próxima às residências das famílias, em uma área de abrangência delimitada para uma população adscrita de 10 a 15 mil habitantes, porém difere da USF, uma vez que esta dá cobertura a contingentes populacionais menores e por microárea²³. No que concerne ao processo de trabalho, a UBS contempla atendimento nas especialidades médicas de Clínica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, bem como na área de Enfermagem e de Odontologia, com consultas disponibilizadas por agendamento diante de condições crônicas e em pronto-atendimento para a demanda espontânea com condições agudas, além das ações de vigilância à saúde²⁴. Ademais, apresenta intervenções de caráter individual e orientado para a cura de doenças, o que pode limitar a formação de vínculos e a corresponsabilidade com a população²³.

É premente ressaltar que o atendimento ofertado à criança deve contemplar uma consulta “boa ou satisfatória”, como a que envolve relação interpessoal, atenção, segurança, carinho, igualdade no atendimento, diálogo e interesse em cuidar da criança, com resolutividade ao atender às suas demandas²⁵.

É por meio dessas atitudes de acolhimento e do “bom” atendimento que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde contribuem para melhorar as condições de saúde da criança em relação ao atendimento considerado “ruim”²⁶. Um dos pontos negativos com que ainda nos deparamos é o “descaso” de alguns profissionais e o “diagnóstico equivocado”, o que suscita descrença dos cuidadores em relação à capacidade resolutiva da atenção, com interrupção do fluxo adequado nas RAS. Isso ocasiona aumento da demanda em unidades de urgências para tratar a criança em condições agudas²⁵.

Em relação ao modelo considerado misto, pode tratar-se de uma flexibilização do modelo de ESF¹², uma vez que envolve mais de uma conformação de APS incluindo a ESF, implementada paralelamente em um mesmo território, compartilhando a mesma estrutura física. A este respeito, surgem reflexões sobre o que este modelo pode representar para consolidar o modelo de saúde da família e redirecionar a APS na RAS, no processo de

trabalho da equipe, na formação de vínculo com a população, bem como para os gastos do sistema de saúde²⁷.

A atenção à saúde da criança, independentemente do modelo implementado, deve ser integral, efetiva e qualificada, com capacidade para proporcionar resolutividade às demandas infantis em tempo oportuno, com atendimento imbuído de acolhimento, humanização, respeito, vínculo, qualificação técnica, com segurança para o diagnóstico, tratamento e seguimento da criança, bem como continuidade do cuidado na RAS por meio da referência e contrarreferência, promoção da saúde e desenvolvimento pleno das potencialidades desse ser²⁸.

Nesse sentido, esforços vêm sendo empreendidos, com o intuito de avaliar o modelo com mais capacidade para ofertar um atendimento integral e de boa qualidade à criança na APS, conforme apontam estudos que cotejaram os modelos de ESF e UBS tradicional no Paraná²⁹ e no Distrito Federal³⁰, que evidenciaram que, embora a ESF tenha apresentado resultados mais satisfatórios em relação à presença e à extensão da maioria dos atributos da APS em direção a uma atenção integral e integrada da criança à família-domicílio-comunidade, fragilidades ainda dificultam a efetividade dessa atenção em ambos os modelos.

Apesar de a ESF compreender bem mais a integralidade, por reconhecer as demandas biopsicossociais da criança, enfrenta desafios que perpassam o acesso às ações e aos registros de informações aos usuários, o conhecimento insuficiente dos profissionais sobre a família-comunidade, lacunas em relação à continuidade da atenção à criança²⁹, carência de conhecimento dos enfermeiros sobre aspectos relacionados ao crescimento infantil, além de capacitações para os profissionais que atuam nas unidades de saúde da família, como evidenciam estudos realizados na Paraíba³¹⁻³².

Assim, considerando a importância da avaliação dos serviços de saúde para subsidiar ações de cuidado dispensado à criança nos modelos de atenção, é necessário ampliar os estudos, na perspectiva de elucidar o modelo mais orientado para a APS na atenção à criança, com a finalidade de reorientar as ações e os serviços para melhorar as condições de saúde e efetivar essa atenção³³⁻³⁴. Em função disso, pretende-se avaliar a atenção à saúde da criança e o que está acontecendo nos diferentes modelos de APS.

Ante ao exposto, este estudo parte da hipótese de que a ESF, apesar dos desafios para oferecer uma atenção primária efetiva e de boa qualidade como modelo de reorientação à APS, quando comparado com os outros modelos de atenção que não atuam com essa proposta, apresenta maior presença e extensão para a maioria dos atributos, portanto, é o modelo com maior orientação à APS na atenção à criança.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Comparar o grau de orientação à atenção primária em saúde da criança nas unidades de atenção básica à saúde que operam com diferentes modelos de atenção.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o conhecimento científico produzido no cenário brasileiro acerca das potencialidades e fragilidades dos diferentes modelos de atenção primária à saúde da criança;
- Avaliar qual modelo de atenção é mais orientado à atenção primária à saúde da criança, considerando a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS;
- Avaliar os atributos de orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção primária à saúde da criança.
- Avaliar, numa perspectiva comparada, a orientação dos modelos de atenção primária à saúde da criança sob o foco do atributo acesso de primeiro contato da criança às unidades de saúde.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA

O contexto histórico da APS foi marcado por experiências que remontam à construção dos sistemas de saúde e à organização de suas práticas em todo o mundo³⁵. Esta compreensão teve início com a definição dos três níveis de atenção à saúde pelo Relatório Dawson, elaborado na Grã-Bretanha em 1920. A partir de então, os serviços de saúde passaram a ser organizados em centros de saúde primários, em centros de saúde secundários e em hospitais-escola, os quais tiveram descritas suas funções, bem como as relações que deveriam existir entre eles, na perspectiva de alicerçar a regionalização dos serviços em muitos países^{9,36}.

Esse relatório apontava a reorganização dos serviços a partir de profissionais generalistas com atuação em ações tanto curativas quanto preventivas, estabelecidas local ou regionalmente. Nesse sentido, essas propostas iam de encontro ao Relatório Flexner, cujas características eram o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e as ações centradas no hospital como lócus para diagnóstico, tratamento e cura de doenças³⁵.

Além desses, outros movimentos foram implementados até a década de 1970, quando a discussão sobre a consolidação da APS ganhou força diante da proposta de obter um mais alto nível de saúde possível para todos até o ano 2000, independentemente das diferenças econômicas e sociais. Esta meta social foi firmada entre os governos na trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, a partir da qual foram formulados os princípios estratégicos sobre a APS, referendados, posteriormente, pela Declaração de Alma-Ata, na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)³⁷.

Nessa Conferência, a APS, como o primeiro nível do sistema, foi definida como um conjunto de

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente

possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde^{37:3}.

Para o desenvolvimento da APS nos diversos países, a Declaração de Alma-Ata determinou como elementos essenciais: a educação em saúde, voltada para prevenir e proteger o indivíduo e a comunidade de agravos; saneamento básico; programa materno-infantil, contemplando ações de imunização e planejamento familiar; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de alimentação saudável e micronutriente e a adoção de práticas complementares^{12,37}.

Nesse sentido, os governos deveriam se comprometer a implementar tais princípios nos serviços de saúde, a fim de reformular ou rever políticas e planos para integrar a APS ao sistema, o que representava um desafio por causa da discordância sobre a noção de APS nos diferentes contextos sociais³⁸. No entanto, apesar de as metas terem sido alcançadas por países desenvolvidos, devido à organização de seus sistemas de saúde e às reflexões sobre o alcance das características da APS, uma parte considerável dos países em desenvolvimento estava aquém dessa realidade, com cuidados primários restritos à população de regiões periféricas e sem acesso aos serviços de saúde⁹.

Essa disparidade desencadeou interpretações distintas acerca da conceituação da APS e para sua implementação, por causa das definições ambíguas a esse respeito no cenário internacional; do emprego diferenciado do termo por algumas escolas de estudos sanitários e da tentativa de implementar uma compreensão positiva mesmo em um momento de concepção hegemonicamente negativa do processo saúde-doença³⁹. Assim, a APS passou a ser interpretada sob três perspectivas: a *atenção primária seletiva ou restrita*, o *nível primário do sistema de saúde* e a *estratégia de organização do sistema*⁴⁰.

A *atenção primária seletiva ou restrita* conjugava ações de baixa complexidade, com tecnologias simples e de baixo custo, executadas por profissionais com qualificação inferior, direcionadas à população de baixa renda e sem referência a outro nível de atenção⁴¹⁻⁴². Era utilizada em países periféricos e por grupos específicos⁴⁰. O *nível primário do sistema de saúde* compreendia o modo de organizar e funcionar a porta de entrada para resolver os problemas de saúde mais frequentes com custos reduzidos⁴³ e envolvia a prestação de cuidados por médicos especialistas em Medicina geral ou familiar⁴⁴. Já a *estratégia de organização do sistema*⁴⁰ buscava redirecionar e reordenar os recursos disponíveis para

atender às demandas da população, tendo a APS não apenas como parte das Redes de Atenção à Saúde, mas também como sua coordenadora¹².

A concepção de uma atenção universal, integral e horizontal nos sistemas de saúde, passava a ser defendida pelo movimento internacional sanitário, que visava mudar essa visão de uma APS restrita. O intuito era de ofertar cuidados de boa qualidade, com ênfase na promoção, na prevenção, na intersetorialidade, na participação social e na responsabilidade dos governos, ampliando a compreensão para uma APS abrangente⁴⁵.

Um país com serviço embasado em uma APS integral deveria contemplar em suas ações justiça social, equidade, autorresponsabilidade, solidariedade e aceitação de um conceito amplo de saúde⁴⁶. Todavia, iniquidades ainda presentes, principalmente nos países periféricos, mesmo 10 anos depois da Conferência de Alma-Ata, impulsionaram a OMS a fazer uma avaliação da APS, e referendar seus princípios enfatizando os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) para o alcance de uma “saúde para todos no ano 2000”, cuja finalidade era promover a eficácia e a efetividade dos sistemas de saúde e a equidade no acesso aos serviços³⁵.

Os SILOS foram direcionados para os países em desenvolvimento, com o objetivo de analisar a situação de saúde no nível local; coordenar os recursos para produzir serviços que atendessem às demandas de saúde, individual e coletivamente; e implementar e avaliar as ações realizadas na atenção primária⁴⁷. Nesse âmbito, as ações eram executadas por profissionais generalistas subsidiados por um sistema articulado em rede e organizado de forma hierárquica a partir de uma base territorial, de acordo com o Relatório Dawson em relação à medicina comunitária³⁵.

Além desse sistema, outras propostas implementadas no Canadá, como o Movimento pela Promoção da Saúde, somado aos princípios do Relatório Lalonde “Novas Perspectivas de Saúde” e as Cidades-Saudáveis, apontavam para uma concepção de saúde vinculada às condições de vida da população. Todas procuravam reorientar a saúde pública para acepções diferentes do modelo biomédico, com determinação positiva do compromisso social, e não, exclusivamente, do campo biológico⁴⁸.

Desse modo, a proposta de Cidades-Saudáveis embasada no empoderamento da população e em sua participação na sociedade, visava, por meio da integração de cidades, desvelar estratégias para promover saúde e melhorar o ambiente⁴⁸. Para tanto, as cidades deveriam seguir as seguintes diretrizes: saúde como qualidade de vida, e não, ausência de doença, garantida por meio de boas condições de vida; políticas públicas saudáveis ou que promovam saúde; participação popular em prol da saúde; autocuidado para manter a saúde;

ação intersetorial com a articulação de vários setores e a organização dos serviços de saúde em consonância com os Silos, em busca de boa qualidade de vida da população³⁵.

Na mesma direção, destacou-se a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, a qual foi se fortalecendo com as declarações internacionais formuladas nas conferências realizadas sobre o tema, na tentativa de oferecer uma saúde pública inclusiva, que considerasse os determinantes do processo saúde-doença-cuidado para além da responsabilidade do setor da saúde, como também de outros campos sociais e econômicos unidos em prol de atender às necessidades da população com equidade e justiça social⁴⁹.

A partir desse cenário, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) também percebeu a necessidade de fazer uma revisão da APS, no sentido de ajustar suas inconsistências e fortalecê-la, a fim de minimizar as iniquidades na saúde diante de desafios como a fragmentação da saúde; os gastos públicos centralizados em uma atenção com enfoque na cura, nas especialidades, nos hospitais e na alta tecnologia, com abordagens preventivas escassas e discreta participação da comunidade; a indiferença quanto aos determinantes de saúde-doença e a inadequação das condições de emprego das equipes de saúde⁵⁰.

Assim, o sistema de saúde deveria ser organizado a partir de estratégias elaboradas por cada país, de acordo com suas especificidades locais, de modo a expandir a concepção de organização e operação desse sistema com base nos princípios de uma APS ampliada, portanto, com cobertura universal, equidade, cuidados abrangentes, integrados e focalizados na prevenção e na promoção, com cuidado a partir do primeiro contato com os serviços de saúde, tendo famílias e comunidades para o planejamento e a implementação de ações intersetoriais perante os determinantes de saúde⁵⁰.

Assim sendo, a APS integral foi definida como

[...] uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral e oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar, reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde - mediante um pacto social - que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo^{40: 87}.

A concepção de APS integral se destacou na literatura internacional como aquela com capacidade para dar acesso à população diante das necessidades e demandas de saúde de caráter mais frequente, com seguimento de atenção sobre a pessoa, e não, para a doença, bem como de coordenar a atenção para outros pontos da rede, no sentido de melhorar a efetividade e a equidade em saúde. Para isso, os atributos essenciais e derivados foram reforçados como um conjunto de funções exclusivas de uma APS de boa qualidade⁹. No entanto, a compreensão de que a APS era seletiva, focalizada e de baixa resolutividade, à priori, uma estratégia provisória, suscitou programas verticalizados como um modo dominante em muitos países⁵⁰.

No cenário brasileiro, a APS foi incorporada ao sistema de saúde sob uma aceção seletiva, porém, ganhou ênfase no reordenamento de uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e 8.142, de 1990, influenciada pelo Movimento Sanitário brasileiro, do qual emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988⁵¹⁻⁵², e passou a ser considerada no país equivalente à Atenção Básica (AB)¹⁰.

Assim, a APS, que, no contexto brasileiro, equivale à AB, passou a ser direcionada pelos princípios do SUS, com foco na universalidade do acesso aos serviços, igualdade no atendimento assistencial e equidade na distribuição dos recursos e no estado de saúde da população, cujo conceito foi ampliado para além da ausência de doença, e que deve ser assegurada pelo estado, como determina a Constituição Federal de 1988⁵³⁻⁵⁵.

Nesse processo de (re)construção do sistema de saúde brasileiro, a APS como estratégia para esta organização, deve obedecer seus atributos e desempenhar as funções de resolutividade, comunicação e responsabilização. Deve ser capaz de atender a 90% das demandas ou necessidades da população, com ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde à clientela de sua competência como nível de cuidado primário; ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações, por meio da articulação entre os diferentes níveis das RAS, e ter uma gestão com competência para se responsabilizar, econômica e sanitariamente, pela população, que também precisa participar ativamente desse processo¹².

A APS, como ponto de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, porta de entrada preferencial para as RAS e, portanto, centro de comunicação entre os demais pontos que compõem essa rede, compreende um conjunto de ações de saúde direcionadas ao sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, as quais devem ser

contempladas através de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob a responsabilidade de uma equipe focada em populações de territórios bem delimitados⁵⁶.

As diretrizes desse nível de atenção incluem ter território adscrito; possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde de boa qualidade e resolutivos para a população; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população para continuar com as ações e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade com ações programáticas e demanda espontânea e ampliar a autonomia do usuário e da coletividade, estimulando-os a participar do processo de construção do cuidado⁵⁶. Portanto, essa é uma forma de organizar e integrar os serviços de saúde, direcionada para a equidade social, a corresponsabilidade entre a população e o setor público e solidariedade⁵⁷⁻⁵⁸, considerando os diferentes modelos de APS no país⁵⁹.

A expressão modelos de atenção à saúde aproxima-se da literatura internacional pelo foco no conteúdo do sistema ou nas ações de saúde, com destaque para a dimensão tecnológica de suas práticas. No contexto brasileiro, esta conceituação passou por modificações, devido à forma como são organizados os serviços e as práticas direcionadas às necessidades individuais e coletivas ao longo da evolução do sistema de saúde⁵⁸.

Para se referir aos modelos de atenção, também é empregada a expressão modelos assistenciais, como iniciativas para reorganizar a produção de serviços, ou tecnoassistenciais, para reformular as práticas ou os processos de trabalho, definições que abrangem dimensões políticas e prestação da atenção, o que pode ter contribuído para que a OMS e a OPAS adotassem o termo modelos de atenção⁵⁸.

Portanto, os modelos de atenção à saúde foram definidos como

sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais de saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade^{60: 302}.

Cabe ressaltar que a expressão modelos de atenção não deve ser vista como normas ou exemplos inalteráveis a serem reproduzidos, mas como modos de organizar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, por meio de uma combinação de tecnologias materiais (um estetoscópio ou um imunobiológico) e não materiais (saber clínico e epidemiológico), utilizados no processo de trabalho em saúde com o propósito de intervir em problemas e

necessidades sociais de saúde, historicamente definidas⁵⁸. Embora estudiosos no assunto elejam o conceito “modos tecnológicos de intervenção em saúde” ao invés de “modelos de atenção à saúde”, numa tentativa de evitar entendimentos equivocados sobre essa expressão⁶¹⁻⁶², no estudo em tela foi adotado o termo modelos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção incluem em sua conceituação as dimensões: gerencial, de condução da organização das ações e dos serviços; organizativa, que envolve as relações estabelecidas entre as unidades prestadoras de serviços, segundo os níveis de complexidade tecnológica para produção do cuidado; e tecnoassistencial ou operativa, que condiz com as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e pela tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, englobando ações de abrangência da promoção, proteção, recuperação e reabilitação dessa condição de bem-estar⁶³.

Na APS brasileira, os modelos de atenção evoluíram paralelamente aos ciclos de desenvolvimento da atenção primária registrados na história do sistema público de atenção à saúde, a partir de princípios divergentes ou complementares. Assim, destacaram-se os modelos hegemônicos sanitaria e médico (integrado pelo modelo médico assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada), voltados para a demanda espontânea e que não abrangiam a integralidade entre seus fundamentos, bem como as propostas alternativas de reorientação à APS^{35,58}.

O modelo sanitaria campanhista, implementado em consequência das necessidades da economia agroexportadora e da reestruturação do sistema de saúde, predominou do início do Século XX até meados dos anos 1960, estruturado sob a influência de saberes biomédico e de microbiologia, para explicar o processo saúde-doença, com ideias médicas de influência norte-americana. Este modelo procurava resolver cada demanda de saúde com tecnologias específicas, utilizando-se de uma organização vertical para intervenções na atenção^{40,64}.

Alicerçado em vertentes bacteriológicas e médico-sanitárias, o modelo sanitaria incorporava as práticas de saúde dos modelos tecnoassistenciais, com aspecto campanhista (controle de epidemias e erradicação de endemias) e de implementação permanente de serviços especializados de assistência médica a doenças endêmicas (tuberculose, hanseníase e doenças mentais, Aids, tabagismo) e de uma rede local, constituída de centros de saúde criados para promover e proteger a saúde de indivíduos e a coletividade de determinada área, com a utilização da educação sanitária⁶⁵, além das vigilâncias sanitária e epidemiológica⁵⁸.

Nesse ínterim foram desenvolvidos os três primeiros ciclos de expansão da APS. O **primeiro ciclo**, com a criação dos Centros de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP) em 1924, foi influenciado pelo pensamento do Relatório Dawson com foco nas ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças para uma população adscrita, utilizando, para isso, a educação sanitária. Porém, separava o campo da saúde pública do campo da atenção médica⁵⁸.

No início da década de 1940, surgiu o **segundo ciclo**, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), resultado do convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller, espelhado no modelo sanitarista americano, e que deu origem às unidades de atenção primária à saúde, para articular as ações de prevenção e de cura, restritas às doenças infecciosas e às carenciais⁵⁸.

O **terceiro ciclo** aconteceu em meados de 1960, impulsionado pelo desenvolvimento de ações preventivas nas Secretarias Estaduais de Saúde. Porém, apesar de abranger características do SESP, passava a adotar a atenção médica direcionada aos programas de saúde pública com foco no grupo materno-infantil e nas doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase⁵⁸.

Considerando o caráter individual da assistência à saúde, nesta fase da história da APS, o desafio perpassava a necessidade de organizar a atuação voltada para o princípio da integralidade e da descentralização das ações e dos serviços nos programas restritos a grupos populacionais ou doenças específicas, por vezes, sem delimitação concreta de seus objetivos, e com decisões verticalizadas, fragmentadas e desintegradas. Isso proporcionava burocratização, dificuldades gerenciais e ineficiência das ações que não repercutiam no nível de saúde da população⁶⁶.

Nas décadas de 1970 e 1980, o modelo médico hegemônico assistencial privatista predominou no sistema de saúde brasileiro sob a influência do modelo flexineriano, um movimento ideológico que recomendava a ênfase na pesquisa biológica e na especialização médica como suportes para superar o caráter empírico das práticas e do ensino de Medicina³⁵.

Assim, no âmbito hospitalar e nos centros de saúde, prevaleceram procedimentos e serviços médicos especializados direcionados à demanda espontânea ou induzida pela oferta, com foco na doença, na medicalização e na cura dos problemas, com secundarização da promoção e da prevenção das doenças e sem participação da população no processo de cuidado. O cuidado em saúde era ofertado de um modo que os indivíduos não percebiam seus problemas de saúde nem a necessidade de conhecer qualquer medida para preveni-los ou resolvê-los. Portanto eram consideradas inexistentes⁵⁸.

Em contraste com o modelo assistencial privatista, passou a existir o modelo de atenção gerenciada “*managed care*”, que considerava a produção de cuidado centrado em todos os envolvidos no processo, incluindo financiadores, provedores e consumidores, além

de investir na contenção da demanda e na racionalização de procedimentos e serviços especializados de alto custo, para estimular o consumismo médico e a medicina curativa. No entanto, apesar de a assistência médica passar a envolver equipes multiprofissionais para prevenir e reduzir custos, foram preservadas as características hegemônicas biologicistas, ao considerar a saúde-doença como mercadoria⁵⁸.

O modelo médico foi fortalecido pela expansão da previdência social e consolidado com a capitalização da Medicina por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e não abrangeu só o setor privado, seu prestador assistencial, mas também ao público, tendo o Estado como seu maior financiador^{40,58}. Porém, chamava a atenção o caráter predominantemente curativista e pouco comprometido com as ações de integralidade à saúde da população, visto que estimulava a produção de serviços, ações e procedimentos médicos, e superestimava os custos da atenção à saúde⁵⁸.

Nos anos 70, a APS passou a ser vista como um programa de atenção primária seletiva, com alto custo e incapaz de atender aos problemas e às demandas da população, o que suscitou na criação de projetos que antecederam o SUS, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que se iniciou pelo Nordeste, em 1976, e atingiu o cenário nacional em 1979, com a ampliação do número de unidades de atenção primária, marcando o **quarto ciclo** de expansão da APS no país, por meio de um amplo programa de medicina simplificada^{15,35}.

Essa medicina simplificada, em relação à necessidade de assistir os previdenciários na crise desencadeada na previdência social, impulsionou a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), na década de 1980, entre as propostas precursoras do SUS, com foco em ações preventivas e curativas para integralizar a atenção. As AIS ampliaram o quantitativo de unidades de saúde para milhares de municípios no ano de 1987 e incorporaram parte da cultura de atenção médica do INAMPS, marcando o **quinto ciclo** de expansão da APS^{58,65-66}.

Assim, com uma proposta de integralidade e de uma atenção à saúde melhor para todos, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o campo para se refletir sobre um modelo de atenção com capacidade para atingir esse princípio⁵⁸. Desse modo, as AIS foram fortalecidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, instituído como Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição brasileira de 1988, a partir da qual a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado e assegurada por meio da universalidade do acesso, da integralidade do cuidado, da equidade, da descentralização e do controle social como princípios para um novo modelo de atenção⁶⁷.

Nesse contexto, surgiu o **sexto ciclo** da APS, que se consolidou com a municipalização das unidades de atenção primária e desencadeou a expansão da APS no SUS¹⁵. A partir de então, o município foi responsabilizado pela prestação direta da atenção à saúde, visando superar a desarticulação dos serviços e contribuir para a coordenação das ações⁶⁸ mediante os princípios do SUS.

Ao longo da implementação do SUS, considerando a qualidade, a integralidade, a efetividade e a equidade como foco para mudar o modelo de atenção quanto ao cuidado centrado no atendimento de doentes, emergiram as propostas alternativas de reorientar a organização dos serviços, das práticas e do processo de trabalho em saúde na APS⁶⁹ para superar as limitações dos modelos hegemônicos.

Nesse contexto, destacaram-se no íterim da Reforma Sanitária, a oferta organizada, as ações programáticas de saúde, os SILOS, a distritalização, as cidades saudáveis, em defesa da vida, a vigilância da saúde e a Estratégia Saúde da Família como organizativo da atenção primária, o acolhimento, as linhas de cuidado e a promoção da saúde^{35,58}.

A **oferta organizada** objetivava atender a demanda da população, a partir de suas necessidades epidemiológicas, e fortalecer o compromisso dos serviços com as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Assim, a organização das unidades e dos processos de trabalho deveria ir além da atenção médica individual e contemplar ações coletivas conforme a demanda espontânea, na unidade de saúde, ou através de encaminhamento por sistema de referência e contrarreferência, para se manter inteirada das atividades realizadas no seu território⁷⁰.

Em seguida surgiram as **ações programáticas de saúde**, voltadas para melhoria da saúde da população, por meio do reconhecimento de suas necessidades sociais como base para organizar o processo de trabalho em saúde⁵⁸. As ações, inicialmente, direcionadas às doenças infectocontagiosas, foram expandidas para a saúde dos indivíduos, nos diferentes ciclos de vida, implementadas por médicos clínicos, pediatras e ginecologistas, que atuavam *in loco*, nos postos de saúde coordenados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde³⁵.

Em âmbito municipal foram elaborados arranjos locais ou Distritos Sanitários (DS), uma expressão dos SILOS, difundidos pela OPAS, como unidades operacional e administrativa mínimas, organizadas a partir de princípios da APS para direcionar a organização dos serviços em uma rede estruturada para o desenvolvimento de um modelo de atenção denominado de **Distritalização**. Este contemplaria uma população definida em um território não apenas como espaço geográfico, mas também sob a dimensão de processo, e uma rede de serviços de saúde e equipamentos comunitários embasados na regionalização, na

hierarquização, na integralidade, na intersetorialidade, na participação da comunidade e na efetividade⁵⁸.

Outra proposta foi o movimento das **cidades saudáveis**, que buscava maneiras de tornar os cidadãos cada vez mais saudáveis, considerando, para tanto, o novo conceito de saúde, autocuidado dos sujeitos e a reorganização dos serviços de saúde. Nesse sentido, foram instituídas em nível municipal, as Unidades Básicas de Saúde (UBS)³⁵, cuja área de abrangência era delimitada, ou seja, tinha uma população definida e uma área geográfica de ampla extensão territorial, com atenção implementada por meio das ações programáticas à população ou grupo específico (saúde da mulher, da criança, hipertenso, diabéticos), sem adscrição dessa clientela a profissionais específicos, com predomínio da demanda espontânea de atendimento em seu processo organizativo na oferta de ações e serviços de saúde³⁰.

Nessa proposta, a assistência era ofertada por profissionais médicos especialistas, como em propostas anteriores, e também por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais¹⁸, os agentes de saúde recrutados entre os moradores da área de abrangência³⁵.

O processo de trabalho da UBS envolvia ações assistenciais de acolhimento à demanda espontânea, proveniente de urgência ou não, com avaliação de risco e consultas, procedimentos médicos e de enfermagem, vacinação, inalação e administração de medicamentos e curativos, coleta de material para exames, aferição de pressão arterial, verificação de temperatura, glicemia capilar e retirada de pontos, suturas, lavagem de ouvidos, dispensação de medicamentos, e encaminhamento das demandas de mais complexas para serviços de referências. Contemplava, ainda, ações intersetoriais de ampliação da prevenção, promoção e recuperação da saúde, com parceria da comunidade⁷¹.

Porém, mesmo com a expansão da rede de serviços, não foi possível, com esse modelo, modificar a realidade centrada no modelo de saúde hegemônico, que valorizava as práticas médicas curativistas, especializadas e hospitalocêntricas⁷², embora seja preciso admitir suas contribuições para ampliar o conceito de saúde e a importância do papel da população e das autoridades de saúde diante da proposta de melhorar a qualidade de vida das pessoas³⁵.

Assim, com o intuito de reformular a atenção clínica, o processo de trabalho e as relações entre a gestão, o trabalhador e o usuário, foi implementada a proposta **Em defesa da vida**, voltada para a clínica ampliada, embasada na preocupação com o acolhimento e o vínculo entre os profissionais e a população que precisa dos serviços⁶⁹, com aspectos subjetivos e sociais do indivíduo compondo o objeto das práticas⁷³.

Com o objetivo de superar o modelo hegemônico, foi instituída a proposta de **vigilância à saúde**³⁵, com uma visão ampliada da promoção da saúde e a inclusão dos fatores determinantes e condicionantes na identificação das necessidades de saúde da população⁶² por meio da vigilância sanitária e epidemiológica⁵⁸.

Na perspectiva de ampliar o debate a respeito das propostas para promover uma atenção de boa qualidade, com capacidade de resolver as demandas da população, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) que, alicerçado no modelo sanitário e no contexto de expansão do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivava coordenar o trabalho em saúde visando contribuir para reorientar o modelo assistencial^{58,74-75}.

Esse contexto marcou o **sétimo ciclo** da APS, ou ciclo da atenção básica brasileira, que continua em vigor no país refletindo o modelo neoliberal com forças sociais solidárias e foco na vigilância à saúde, com práticas de alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de capacidades e de mudanças de atitudes^{58,74-75}.

Cabe ressaltar que, apesar de não diferir das ações programáticas, o PSF repercutiu significativamente na política focalizada para grupos específicos de pobres e excluídos, com ações básicas de saúde territoriais que ultrapassam o cenário físico da unidade⁵⁸. Portanto, pode-se afirmar que programas bem estruturados e com objetivos bem definidos, podem repercutir positivamente nas atividades implementadas para a saúde da população. Nesse sentido, é possível redefinir a estratégia para mudar o modelo hegemônico para o modelo de APS no Brasil, considerando as potencialidades inovadoras sob os aspectos conceituais, institucionais e operacionais⁷⁶.

Vale mencionar, também, que o PSF, assim como o PACS, foi desenvolvido com a municipalização do sistema público de saúde, regulado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBS) 001/93 e 001/96 e a Norma Operacional de Assistência Social (NOAS) 2001/2002, provindas do Ministério da Saúde para o direcionamento financeiro com transferência de recursos desta natureza e o apoio técnico-operacional à implantação das estratégias cabíveis para reformular o sistema, incluindo as referentes à Saúde da Família⁶⁹.

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela portaria nº 648/GM de 2006, atualizada pela portaria nº 2.488/2011, o Programa foi ampliado para ESF, na perspectiva de política, com status de organização institucional estável e caráter mais abrangente como modelo da APS no SUS, pois, assim, passaria a agregar campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas setoriais, na concepção de integralidade das ações^{10,58,77-78}.

A ESF, como modelo substitutivo ao de UBS tradicional, precisa reorientar os serviços, as ações e as práticas para um atendimento integral, com possibilidade de cobrir 100% as necessidades de saúde da clientela adscrita, composta por até quatro mil habitantes por equipe (ideal - três mil habitantes), com possibilidade de um número menor devido ao risco e à vulnerabilidade da população, que é de 750 pessoas por ACS e cuja área de abrangência sanitária é delimitada com até 12 mil habitantes. A equipe necessita contemplar médico, enfermeiro, técnico de Enfermagem e, pelo menos, quatro ACS, além dos profissionais de saúde bucal, cujas condições de trabalho, como infraestrutura física, materiais, insumos, equipamentos e capacitação deverão ser garantidas pelos municípios⁵⁶.

O modelo de ESF, que tem como estrutura física uma UBS, a ser dimensionada de acordo com o manual de estrutura física das UBS com Saúde da Família⁷⁹, deve proporcionar o acompanhamento da clientela de forma longitudinal, utilizando baixa densidade para atender os problemas mais frequentes e mais relevantes dos grupos populacionais com maior risco de morbimortalidade, especialmente os mais vulneráveis, no qual se pode destacar a população infantil. A atuação precisa ser multidisciplinar, em direção ao alcance dos atributos da APS, para que possa operar como ordenadora da rede e com suporte dos pontos secundários e terciários de atenção à saúde⁸⁰.

Quanto ao processo de trabalho, a equipe de saúde da família se diferencia das equipes de UBS tradicionais, porque inclui a qualidade de vida, o direito à cidadania e a atenção integral à coletividade, com ações de prevenção, promoção, cura e recuperação, planejadas com base no perfil epidemiológico e na participação comunitária, garantidos pela rede de atenção sob sua coordenação como porta de entrada⁸¹. Destacam-se, ainda, nesse processo, o acolhimento e a escuta qualificada no território e em outros espaços de abrangência; a atenção integral, contínua e organizada; as ações de educação em saúde; a implementação e o apoio às diretrizes de qualificação dos modelos e o fortalecimento da gestão local e do controle social, que convergem para a resolutividade da atenção^{56,66}.

A ESF, considerada como um modelo de expansão da APS apresentou uma ampliação expressiva da sua cobertura na última década, porém de forma distinta, em diferentes regiões, com 40.510 equipes implantadas e potenciais para abranger 64,28% da população brasileira, em 2016, segundo dados administrativos do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS⁸².

Mas, apesar dos avanços, os desafios de ordem ideológica, financeira, estrutural e de qualificação profissional ainda impedem a ESF de avançar como espaço de promoção da integralidade e equidade da atenção. Os obstáculos advêm da visão restrita de uma atenção

seletiva, com baixa valorização política, social e econômica, da carência de equipes multiprofissionais que atuam de forma interdisciplinar, das limitações dos sistemas de informações clínicas e gerencial, ausência de gestão clínica e baixa profissionalização dos gestores, da participação incipiente do controle social, da precarização das relações de trabalho¹² e da duplicação das redes de atenção, ou seja, os dois modelos atuam concomitante²⁷, descaracterizando os princípios que a regem como política de APS.

Diante dessas afirmativas as discussões atuais indicam que o sétimo ciclo da APS pode estar ultrapassando um processo de exaustão, razão por que é necessário instaurar-se um novo ciclo, em que a ESF possa ser interpretada como uma estratégia para reorganizar a atenção primária e superar a visão restrita de seletiva e primeiro nível de atenção. Contudo, cabe ressaltar que a implementação do que seria o **oitavo ciclo** da APS não significa uma substituição ou flexibilização do modelo de ESF, mas a consolidação das diretrizes que a fundamentam em direção ao fortalecimento da função de coordenadora da rede com a superação do conjunto de situações e problemas que culminaram na falência do ciclo atual¹².

Nesse sentido, é pertinente atentar que, integrando um dos desafios para o desenvolvimento da APS, encontra-se outra modalidade de atenção, que contempla em sua organização a implementação de mais de um modelo de atenção no contexto da APS, o que o faz ser considerado como um “modelo misto”^{12,83}. Nele, o processo de trabalho envolve ações do modelo de ESF, acrescidas de atendimentos básicos de especialidades médicas em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, para linhas de cuidado segundo ciclo de vida, como se organizam as UBS tradicionais, com suas ações programáticas em saúde⁸⁴.

Vale ressaltar que essa flexibilização, com a implantação de um modelo tradicional compartilhando o processo de trabalho com a proposta de ESF, pode não significar a resposta necessária para o avanço do modelo de saúde da família e a mudança no sistema de saúde, mas pode contribuir de alguma maneira, para reformular a APS em direção a uma atenção efetiva e de boa qualidade para a população. Para tanto, devem-se direcionar esforços para avaliar os serviços de saúde que atuam com os diferentes modelos de APS, para que sejam evidenciadas as contribuições diante do cuidado ofertado à criança.

3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, com a Constituição de 1988 e a ampliação das políticas públicas sociais de valorização dos direitos civis, a avaliação dos serviços de saúde ganhou ênfase na visão de

técnicos e gestores, haja vista os questionamentos acerca da eficácia dos investimentos e da efetividade das políticas, dos programas e dos serviços implementados pelo SUS, para atender às demandas sociopolíticas e epidemiológicas do país⁸⁵⁻⁸⁶.

Com a reorganização da APS, com o propósito de atender aos princípios constitucionais do SUS, aspectos como melhoria do acesso às ações, serviços, qualidade da atenção oferecida, descentralização das ações, recursos e controle dos gastos passaram a ser submergidos no interesse da avaliação durante o processo decisório⁸⁵⁻⁸⁶.

A avaliação, uma antiga atividade presente no mundo, ainda é considerada uma área do conhecimento em crescente ascensão. Apesar de, inicialmente, estar voltada para equacionar as problemáticas sociais, encontra-se consolidada como uma prática política e um campo de conhecimento sob a influência de algumas ciências, como as Sociais, as Econômicas, a Epidemiológica, a Clínica e o Direito, com capacidade para auxiliar na elaboração ou implementação de programas, projetos ou políticas de saúde que visem melhorar a qualidade da atenção⁸⁶⁻⁸⁷.

Nesses aspectos, a avaliação apresenta diversas definições e citações teóricas. No entanto, tem sido utilizada por vários autores, tendo em vista a sua completude dimensional da prática avaliativa, como referido neste conceito:

Avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação^{88: 706}.

Compreende-se que uma intervenção adquire a forma dos atores nela envolvidos - poder público, profissionais e população - cada qual com objetivos a serem alcançados quanto à avaliação⁸⁹. Pode também ser representada por programas, projetos ou políticas, que passam a representar a própria realidade, e não, um conjunto de ações implementadas para mudar uma dada realidade⁹⁰.

Portanto, a avaliação é definida como “um processo técnico-administrativo e político de julgamento de valor ou mérito de algo, utilizado para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano, no intuito de produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna”^{91: 823}. Tal assertiva explica a potencialidade da avaliação para refletir a realidade e

produzir conhecimentos e possibilidades para a execução de propostas inovadoras, a fim de alcançar respostas resolutivas para as demandas sociais⁸⁷.

Para que a avaliação possa assegurar melhores resultados, o processo avaliativo pode ser executado desde a elaboração da intervenção, até depois de sua implementação, por meio de cinco objetivos: o **objetivo estratégico**, que visa subsidiar o planejamento e a elaboração de uma intervenção; o **formativo**, que implica a melhora da intervenção; o **somativo**, que visa identificar o efeito da intervenção e decidir quanto a sua permanência, transformação ou interrupção; o **transformador**, que visa ajustar iniquidades, tendo em vista o bem coletivo; e o **fundamental**, que busca contribuir para fortalecer o conhecimento e a fundamentação teórica que alicerces uma investigação posterior⁸⁸.

A avaliação em saúde não deve ser vista como uma prática punitiva e de ameaça, mas como um instrumento de apoio à gestão, com capacidade para subsidiar os diferentes programas e serviços na transformação de suas práticas, para que desempenhem o seu papel com o mínimo de qualidade para atender às demandas da população^{87,91}.

Destarte, a partir do processo de avaliação, a gestão deve garantir que os serviços de saúde funcionem com o máximo de “eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados)”, alicerçada em conhecimentos técnicos e experiências anteriores que a auxiliem a tomar decisões para alcançar os objetivos propostos^{91:822}. No entanto, para implantar uma política de avaliação nos serviços de saúde, é preciso institucionalizar o processo avaliativo como proposta para construir processos estruturados e sistemáticos que favoreçam o julgamento da qualificação e da equidade da atenção à saúde, ofertada em coerência com os princípios do SUS e os anseios do controle popular^{87,90}.

Com a institucionalização, a avaliação passa a ser uma rotina para gestores e profissionais dentro das organizações, na medida em que incorpora o acompanhamento das intervenções e do funcionamento dos serviços quanto à resolutividade das necessidades de saúde e pode ser referida como avaliação de programas e serviços de saúde⁹². Também visa difundir as informações para as equipes e adequar os recursos às novas ações e aos programas^{85,93}. Afinal, não basta avaliar a efetividade e eficácia, mas implementar estratégias que contribuam para a tomada de decisão e a melhoria da intervenção.

Para julgar uma intervenção, podem-se adotar os seguintes procedimentos: a avaliação normativa, a pesquisa avaliativa e a pesquisa acadêmica científica⁹². A avaliação normativa é o resultado da comparação entre os recursos empregados e sua organização, que compõem a estrutura - o primeiro componente; os serviços e bens produzidos, que correspondem ao

componente processo; e os resultados obtidos, como o terceiro componente^{74,86}. Fundamentada em normas e critérios, é utilizada por avaliadores internos responsáveis pela intervenção⁹².

A pesquisa avaliativa diferencia-se da normativa porque implementa métodos científicos para avaliar uma intervenção e promove a inter-relação entre seus componentes e os resultados que direcionam a qualidade⁹⁰, objetiva analisar a “pertinência (análise estratégica), os fundamentos teóricos (análise lógica), a produtividade, o efeito, o rendimento e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa (análise de implantação)”^{86:10}. Desse modo, investiga a existência de adequação entre a intervenção e o problema que a originou, entre os objetivos e os meios empregados para atingi-los, os recursos empregados e os serviços produzidos bem como a eficácia e a eficiência dos serviços por meio de avaliadores externos à intervenção⁸⁶.

Em relação à pesquisa acadêmica, assemelha-se à pesquisa avaliativa pela preocupação com o rigor em seus procedimentos, visto que busca superar a simples opinião ou convicção como fonte de suas conclusões e ampliar o caminho para que o raciocínio utilizado seja analisado⁹². A pesquisa avaliativa destaca-se no contexto acadêmico científico pelas vantagens ofertadas na sua implementação, porquanto traz à tona informações pertinentes às dificuldades e à efetividade das ações, que esclarecem e apropriam os envolvidos no processo “gestores, profissionais, usuários do sistema e representantes do controle social”^{93:176} acerca da realidade da intervenção, como parâmetro para aperfeiçoar a tomada de decisão⁹⁰.

Contudo, para implementar uma “cultura avaliativa” em saúde que subsidie a elaboração de políticas, a tomada de decisão e a formação dos participantes do processo, é necessária qualificá-los tecnicamente, em todos os níveis de atenção, com integração entre as estratégias de monitoramento e a avaliação, o planejamento e a gestão em saúde⁸⁵.

Nessa perspectiva, o MS vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da Atenção Básica, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, embasados no Pacto pela Atenção Básica e nos estudos de linha de base. No ano de 2011, objetivando melhorar a qualidade da atenção com mais efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), fundamentado na estratégia Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ-AB), um instrumento de autoavaliação que contém elementos normativos com aplicação direcionada a gestores e a profissionais⁹⁴.

Assim, neste estudo, foi adotado como referencial teórico a abordagem sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde, proposta por Donabedian, e sobre avaliação da qualidade da APS desenvolvida por Starfield, com o intuito de avaliar a orientação dos modelos de atenção à saúde da criança. Esses elementos poderão contribuir para compreender a realidade estudada e propor estratégias de planejamento e execução de ações no âmbito da APS para a criança.

3.3 ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA*

Potencialidades e Fragilidades dos Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: Revisão Integrativa

RESUMO

Introdução: A saúde da criança no Brasil é norteada por diversas perspectivas de modelos de Atenção Primária à Saúde. Objetivou-se analisar o conhecimento científico produzido acerca das potencialidades e fragilidades dos modelos de atenção primária à saúde (APS) da criança no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, que selecionou 37 estudos. **Resultados:** O modelo de APS no formato Unidade Saúde da Família apresentou lacunas na disponibilidade de materiais e equipamentos necessários para realização da consulta da criança, na distribuição de medicamentos e no acesso a exames. Identificou-se no modelo Saúde da Família a realização de muitas consultas sem agendamento voltadas para o cuidado agudo em detrimento a consulta programada para o acompanhamento da saúde da criança. Por outro lado, a saúde da família tem potencialidades em seu processo de trabalho por apresentar ferramentas para o enfrentamento da violência contra a criança e pelo vínculo constituído com as famílias, fazendo reconhecer o serviço como fonte regular de atenção. Tanto nos modelos Unidades Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde tradicional há fragilidade no desenvolvimento de ações na educação em saúde e na saúde mental. O modelo de Unidade Saúde da Família quando comparada ao modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional tem apresentado maior adesão ao atributo coordenação, essencial para o acompanhamento das crianças com necessidades especiais, contudo, ainda incipiente na maioria dos serviços. **Conclusões:** A dimensão estrutural está fragilizada em alguns aspectos nos modelos de Atenção Primária à Saúde, o que interfere na atenção ofertada à criança. Por haver número maior de pesquisas com análise do modelo de Unidade Saúde da Família foi possível identificar muitas lacunas, mas também indícios de ser o modelo com características promissoras para o desenvolvimento de ações na atenção à saúde da criança.

* Artigo publicado na Revista International Archives of Medicine (Normas - Anexo A) (Comprovante - Anexo B); † Artigo de revisão integrativa na Tese de Doutorado da autora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos. Título: Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: análise comparada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2016.

Descritores: Saúde da criança; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde

Introdução

Nos últimos anos, o Brasil vem envidando esforços para aprimorar a atenção à saúde da criança. Em 2015 lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) através da Portaria GM nº 1130, com o intuito de nortear os gestores e profissionais quanto aos eixos estratégicos para qualificar as ações e serviços de saúde à criança em todo território nacional, tendo a atenção básica como coordenadora do cuidado [1].

A atenção básica, termo que no Brasil equivale à Atenção Primária à Saúde (APS), conforme portaria nº 2488/2011 do Ministério da Saúde brasileiro [2], pode ser desenvolvida em consonância com diferentes modelos de APS, ou seja, modos como são organizadas as ações de atenção à saúde em uma sociedade, em que recursos físicos, tecnológicos e humanos são articulados para dar resolutividade frente às necessidades de saúde da coletividade [3].

Esses modelos de atenção são: Unidade Básica de Saúde tradicional (UBS), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Unidade Saúde da Família (USF), que atuam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), e os considerados modelos mistos, que “articulam diferentes modelos em uma única unidade de APS” [4]. Estes abrangem perspectivas de processos de trabalho diferenciados, porém implementados em um mesmo território.

Na atenção à criança esses modelos buscam direcionar as ações e práticas para promoção da saúde, redução da morbimortalidade infantil e garantia de qualidade de vida à criança, em conformidade com o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Contudo, para um processo de trabalho qualificado e alcance de seus objetivos, os modelos precisam, sobretudo, aderir aos eixos estruturantes ou atributos essenciais e derivados da APS, para que sejam capazes de fornecer uma atenção efetiva e de qualidade a essa população [5].

Dentre os atributos essenciais estão o **acesso de primeiro contato**, que envolve a garantia de acessibilidade ao serviço de saúde em tempo oportuno para cada novo problema ou novo episódio de um problema, de modo a não afetar negativamente o diagnóstico e o manejo da doença; a **longitudinalidade**, atributo que enfatiza a necessidade do vínculo e da responsabilização dos profissionais de saúde da equipe com a população, para que haja manutenção de uma relação interpessoal duradoura, independente da presença de um problema de saúde pelo usuário; a **integralidade**, entendida como o olhar voltado ao

indivíduo, à família e seu contexto, contemplando a integração da prática clínica e comunitária com ações de promoção, prevenção e tratamento; e a **coordenação**, ponto central para o êxito dos demais atributos, pois envolve a organização das ações de acordo com as necessidades identificadas no indivíduo, família e sua comunidade, com o objetivo de garantir a continuidade da atenção [6].

Nos atributos derivados encontra-se a **orientação familiar** em que o profissional deve ter a família como centro no seu planejamento da atenção, necessitando, para tanto, saber interagir com o ser social e suas relações com o meio em que está inserido; e a **orientação comunitária**, na qual há uma análise integrada do indivíduo e família inseridos em seu contexto, para o reconhecimento das suas demandas de saúde [6].

Considerando que a atenção à saúde da criança precisa estar em consonância com esses atributos da APS, para ser efetiva e de qualidade, frente ao adoecimento e morte dessa população por causas sensíveis à APS e, reconhecendo as singularidades de cada modelo de atenção para o processo de trabalho em saúde, realizou-se pesquisa com a finalidade de obter respostas quanto aos efeitos da implementação dos modelos de atenção à saúde no cotidiano dos serviços, segundo a comunidade científica. Assim, pode ser possível evidenciar potencialidades e fragilidades na organização da atenção à criança, de forma a nortear novas pesquisas, suscitar novos debates e investimentos assertivos.

A partir dessa inquietação surgiu o seguinte questionamento: Qual o conhecimento científico produzido nos últimos dez anos acerca das potencialidades e fragilidades dos modelos de atenção primária à saúde da criança vigentes no Brasil? Assim, o objetivo desta investigação foi analisar o conhecimento científico produzido acerca das potencialidades e fragilidades dos modelos de atenção primária à saúde da criança no Brasil.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa. Esse método tem a finalidade de sumarizar de forma sistemática, ordenada e abrangente os resultados de outros estudos sobre uma determinada temática, buscando assim, ampliar as informações em relação a um determinado assunto ou problema, as quais podem ser direcionadas para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos, acerca um tópico particular [7].

A elaboração desse tipo de estudo envolve as seguintes etapas: delimitação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e

exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados para sua categorização; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento [8].

A busca na literatura foi realizada de novembro a dezembro de 2015, nas seguintes bibliotecas eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizou-se uma combinação de descritores controlados e dispostos segundo as padronizações dos *Descritores em Ciências da Saúde* (DECs) e Medical Subject Headings (MeSH), incluindo: “child health”, “primary health care”, “health services evaluation”, “health centers” e “family health strategy”.

Os dados foram coletados a partir da combinação de descritores em, sendo os termos “child health” e “health services evaluation” cruzados individualmente com cada um dos outros termos “primary health care”, “health centers”, “family health strategy”, por meio do formulário avançado para busca nas bibliotecas eletrônicas, empregando o operador booleano “AND” de forma a garantir a inclusão de todos os artigos relativos à temática.

Foram considerados critérios de inclusão: estudos realizados no Brasil; que abordassem aspectos referentes às fragilidades e potencialidades dos modelos de atenção primária à saúde da criança; publicações disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e português, no período de Janeiro de 2006 a dezembro de 2015; artigos completos disponíveis e indexados nas bibliotecas eletrônicas, citadas acima. Excluíram-se os estudos que não atenderam ao formato de artigo como livros, teses, dissertações, resenhas de livros e cartas, bem como aqueles em que não foi possível chegar a uma definição do modelo implementado, seja pelo fato de o autor não explicitar no texto esta informação e generalizar os resultados à APS, e associado a isso não apresentar o município onde foi realizada a pesquisa, o que impossibilitava a definição de qual proposta de APS tratava as fragilidades e potencialidades acerca da atenção à saúde da criança.

A etapa de busca nas bibliotecas eletrônicas foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, visando chegar aos mesmos resultados. A seleção inicial totalizou um quantitativo de 259 artigos e em seguida procedeu-se a leitura dos títulos e resumos destes artigos, a fim de eleger os que melhor atendiam à temática proposta, resumindo 55 artigos para leitura na íntegra, sendo 45 encontrados na LILACS, 08 na MEDLINE e 02 na SciELO.

Prosseguiu-se a análise com a leitura minuciosa dos artigos selecionados a fim de se identificar apenas os estudos com capacidade de responder a questão norteadora, sendo excluídos 18 estudos que não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em um corpus de

37 estudos, os quais foram compilados, sintetizados, organizados e viabilizaram a construção de um banco de dados utilizando o programa *Microsoft Office Excel* versão 2013. Nesse, foram contempladas as seguintes características do estudo: título, autores, área de atuação e afiliação institucional do pesquisador principal, ano de publicação, biblioteca eletrônica, periódico, Fator de impacto (JCR), método, local e região do estudo, objetivos e principais resultados das pesquisas.

Após o registro, os dados foram sistematicamente revisados em relação à sua adequação ao tema, em seguida, interpretados e discutidos por meio da análise temática. Essa última contemplou três passos: a pré-análise, na qual foi estabelecido o primeiro contato com o material, com identificação das palavras-chave; a exploração do material, por meio de recortes das partes representativas dos artigos incluídos na revisão; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretações [9]. Por último se deu a elaboração deste documento, evidenciando os principais resultados dos artigos analisados no sentido de direcionar novas perspectivas em relação ao problema.

Resultados

A figura 1 mostra que o maior número de artigos foi encontrado na LILACS. As revistas *Cadernos de Saúde Pública* e *Ciência e Saúde Coletiva* apresentaram maior quantitativo de artigos publicados, bem como fator de impacto (JCR) mais alto (0.7 e 0.68). As regiões Sudeste e Sul foram onde mais se produziram estudos (19 e 11, respectivamente) e no ano de 2010 houve o maior número de produção (8), seguido dos anos de 2011 e 2008 (6 artigos cada). O método de investigação mais utilizado foi o quantitativo (30) e em relação ao modelo de atenção avaliado, observou-se predomínio daqueles que tiveram como foco exclusivo a Unidade de Saúde da Família (20), seguido de estudos que trouxeram uma visão dos diferentes modelos de APS (13). Em relação à formação do autor principal, destacou-se a área de enfermagem (16) e medicina (8) (Figura 1).

A partir da compilação dos dados e análise temática, identificaram-se quatro categorias relevantes, a saber: Adesão dos modelos de atenção à saúde da criança aos atributos da APS; Ações de promoção da saúde da criança; Vinculação da equipe de saúde com a criança e sua família; e Um olhar para dimensão estrutural dos modelos de APS.

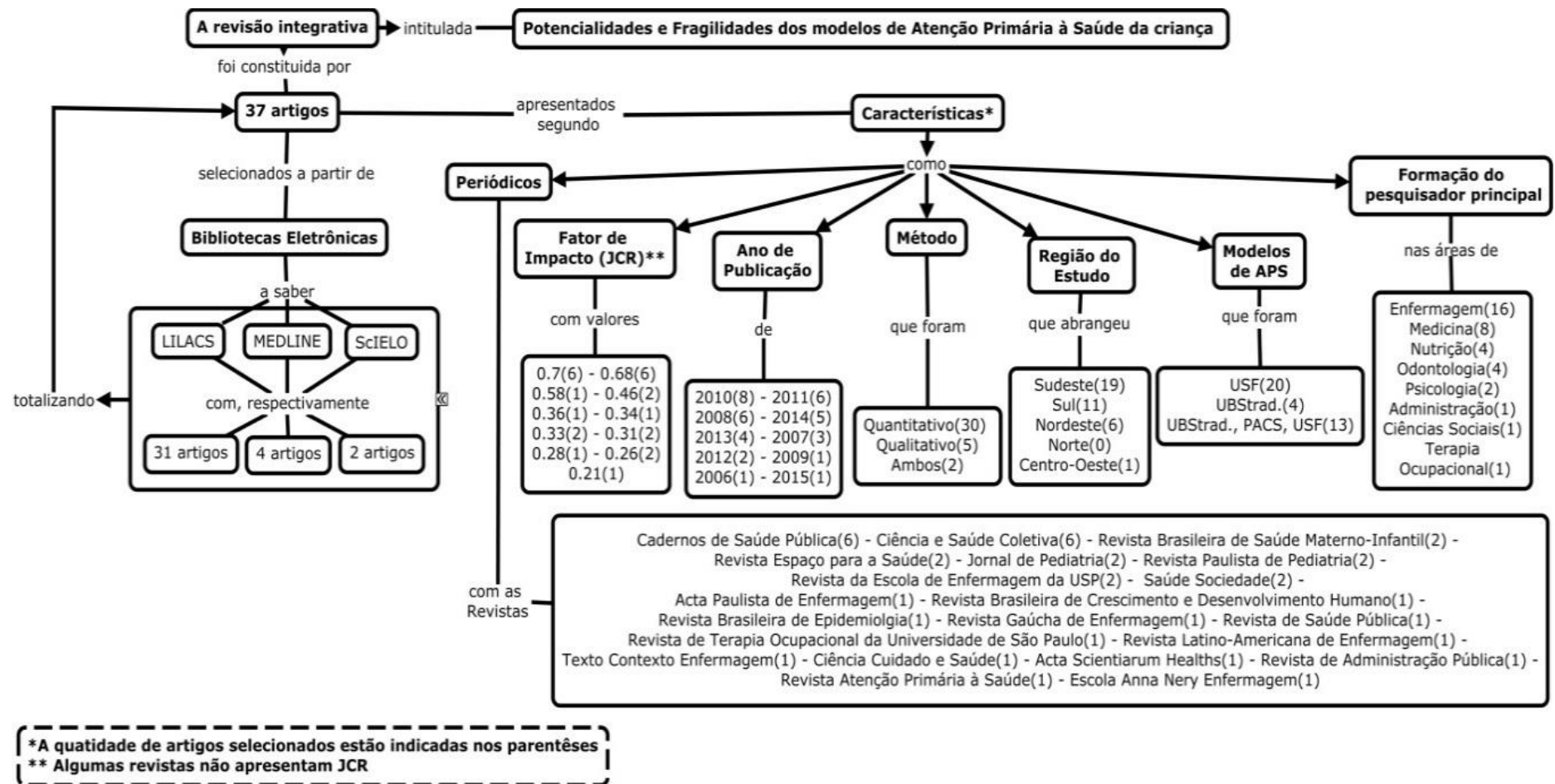


Figura 1 – Caracterização dos estudos selecionados (n=37) - João Pessoa, PB, Brasil, 2006 a 2015.

Discussão

A atenção à saúde da criança na APS vem evoluindo com as transformações nas diretrizes das políticas públicas de saúde, tendo como foco a consolidação de uma atenção integral. Para tanto, busca por meio da organização das ações e dos serviços, contribuir para redução da morbimortalidade infantil e para garantia de sobrevivência com qualidade de vida e saúde diante das especificidades que envolvem o processo de crescimento e desenvolvimento da criança [10-11].

A partir da análise temática foram construídos quatro núcleos temáticos acerca das potencialidades e fragilidades dos diferentes modelos de APS no Brasil na atenção à criança.

Adesão dos modelos de atenção aos atributos da APS em relação à saúde da criança

A avaliação dos atributos essenciais da APS no cuidado à criança foi abordada em estudos que cotejaram diferentes modelos de atenção nos estados de Minas Gerais e São Paulo, nos quais tanto o modelo de UBS tradicional quanto as unidades que operavam com a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentavam valores satisfatórios para os atributos longitudinalidade [12,13-14] e integralidade [15].

Isso sugere que o acompanhamento da criança ocorre ao longo de um período de tempo e pelos mesmos profissionais, que buscam estabelecer comunicação com as mães e reconhecer a criança para além de um problema de saúde, fortalecendo a relação de vínculo para continuidade do cuidado.

A confiança mútua entre serviço e usuário pode ser um diferencial para fidelização aos serviços [12]. Estudo realizado em UBS tradicionais e USF evidenciou que esse último foi reconhecido como fonte regular de atenção para o binômio, criança-família, expressando sua adesão ao grau de afiliação e a longitudinalidade do cuidado na APS [14].

Esse achado é positivo, pois a criança precisa ter suas necessidades de saúde identificadas no ínterim do processo de crescimento e desenvolvimento, e, independentemente do modelo de atenção, o seguimento do cuidado com sua saúde deve ser implementado pelos profissionais da APS de forma efetiva, conforme recomendação da PNAISC. Esta política considera os fatores determinantes e condicionantes sociais para garantia do direito à vida e à saúde, apontando a promoção do nascimento seguro e o pleno desenvolvimento saudável e harmonioso da criança, como forma de reduzir vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e morte prematura [1].

Nesse sentido, estudos [13-14] com foco na USF, Centros de Saúde e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), demonstraram que estes apresentam potencialidades no atributo integralidade na dimensão serviços prestados. Esse achado indica que o acompanhamento da criança pode abranger ações de prevenção e promoção da saúde, como manter a criança saudável, orientar os pais sobre alimentação, higiene, sono e repouso, prevenção de acidentes e mudanças no crescimento e desenvolvimento que, contempladas nas consultas médica e de enfermagem, buscam contribuir para um cuidado integral.

No entanto, em relação à integralidade na dimensão dos serviços disponíveis, apresentaram escores aquém do ideal para esta dimensão nesses modelos de APS [13]. Assim, têm-se fragilidades que envolvem a indisponibilidade de serviços como imunização, avaliação de problemas visuais, aconselhamento ou tratamento para uso de drogas, saúde mental, e aconselhamento e teste Anti-HIV na USF [14], o que demonstra o grau de iniquidade a que a criança está exposta [12].

Ao avaliar os elementos constituintes da integralidade, evidenciou-se que tanto no modelo de USF quanto no de UBS tradicional, as ações de educação em saúde e atenção aos problemas de saúde mental, foram os menos mencionados entre os serviços disponíveis, enquanto que a imunização da criança e a consulta de planejamento familiar foram continuamente disponíveis [15].

Essa realidade causa preocupação, apesar desses modelos desenvolverem ações nas áreas supracitadas, ao não contemplar a educação em saúde, limitam-se as possibilidades de empoderamento das mães para ações preventivas e de promoção da saúde da criança. Ademais, o que se espera do processo de trabalho das equipes que atuam na atenção à criança para uma APS mais efetiva, é a integração das dimensões biopsicossociais na prática de cuidado profissional.

No que se refere ao atributo acesso nas dimensões utilização e acessibilidade, tanto a USF como a UBS tradicional apresentaram fragilidades quanto ao acesso dos usuários à consulta nas 24 horas, porém, a USF apresentou maior flexibilidade de horário para atender a população [15]. Assim, foi reconhecida pelas mães como fonte regular de cuidado para a criança [14], associada também ao fato de o serviço estar próximo dos domicílios das famílias, o que facilita a ida dos usuários à unidade de saúde [16].

Outra potencialidade da USF é que a maioria das crianças consultadas em município no nordeste teve suas demandas atendidas na APS por demanda programada em no máximo 10 dias e com espera no dia do atendimento de até 2 horas [17]. No entanto, apesar dessas potencialidades, a USF ainda enfrenta desafios com relação ao acesso à exames e

medicamentos [12,18] e muitas consultas sem agendamento [16]. Isso sugere que o atendimento à criança poder estar sendo na atenção a agudização, em sua maioria pelo médico, em substituição a atenção programada [17].

Essa realidade desperta reflexões acerca da organização do serviço para o seguimento do cuidado à criança, pois sugere discordância com o que preconiza o Ministério da Saúde [11] quanto à realização da consulta de forma sistemática segundo a faixa etária da criança e suas condições de saúde; sempre por profissional médico e de enfermagem; e com cronograma preestabelecido de sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e pelo menos uma por ano dos 3 aos 10 anos de idade. As ações contempladas devem envolver vigilância do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, atenção às doenças prevalentes na infância, imunização e educação em saúde, no sentido de fortalecer as práticas de cuidado à criança no contexto familiar e comunitário.

Ressalta-se a necessidade de se ampliar as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde a partir do aprimoramento da atuação do agente comunitário de saúde, tendo em vista que o contato com as famílias por meio da visita domiciliar permite maior apreensão acerca do contexto familiar-comunitário-social apresentado, podendo contribuir para esclarecimentos e adesão das famílias ao acompanhamento da criança no serviço de APS [17].

Inegavelmente, o uso dos serviços de APS, porta preferencial de entrada para atenção às necessidades de saúde da criança, visa proporcionar condições para resolutividade e continuidade do cuidado diante das especificidades existentes. Para tanto, exige integração das ações na rede de atenção à saúde de modo que a APS seja ordenadora dessa rede e coordenadora da atenção [4].

Nessa perspectiva, observa-se que a USF tem apresentado maior adesão ao atributo coordenação nas dimensões integração de cuidados e sistema de informação, visto que estudos destacam [14-15] que neste modelo são realizados encaminhamentos para especialistas, os prontuários estão disponíveis e as mães portam a CSC no momento da consulta.

Esse aspecto é relevante, pois os sistemas de informação em saúde constituem uma série de componentes que funcionam como um mecanismo de coleta de dados, processamento, análise e transmissão de informação, bem como pesquisa e planejamento no controle de doenças, possibilitando estruturar, operacionalizar, supervisionar, monitorar e avaliar o desempenho e qualidade dos serviços, produzindo informações necessárias para decisões no processo de trabalho [19].

Pode-se sugerir ainda que a USF está proporcionando maior resolutividade às demandas infantis na atenção primária, com diagnósticos e tratamentos mais precisos, redirecionamento para outro serviço apenas para as demandas de maior complexidade. Além disso, a integração entre profissionais e equipe, com atuação em consonância com as diretrizes de atenção à criança e a utilização de instrumentos dialógicos como prontuário e CSC pode contribuir para continuidade do cuidado à criança na Rede de atenção à Saúde [13] e integralidade do cuidado na APS.

Vale destacar que iniciativas têm contribuído para coordenação do cuidado na APS, a exemplo de visita domiciliar pelos profissionais da USF em até 7 dias após a alta da criança, para reduzir as reinternações por condições sensíveis à APS [20].

A visita domiciliar é uma ferramenta fundamental para construção do cuidado infantil compartilhado a partir da integração profissionais-mãe-família e foi avaliada como uma potencialidade do processo de trabalho do modelo de USF [14-15], porém, a ineficiência desta ação, representa uma fragilidade para adesão da USF ao atributo orientação familiar [16,21-22].

A respeito dos atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária, observa-se que o cuidado está centrado no indivíduo, dissociado do enfoque familiar no seguimento da criança, evidenciado pelos baixos escores à APS obtidos pelos modelos de atenção UBS e USF [12,18,23]. Contudo, a USF apresentou maior presença desses atributos quando comparada ao modelo de UBS tradicional, [13-15,18]. Isso indica que os profissionais da ESF conhecem as famílias e os principais problemas de saúde da criança adscrita na área de abrangência, bem como monitoram a saúde das famílias e os problemas da comunidade como um todo.

Portanto, a APS está distante de proporcionar atenção integral, resolutiva, participativa e de qualidade. Porém, apesar dos baixos escores apresentados pelos modelos de USF e UBS, foi possível identificar resultados mais satisfatórios com relação às equipes de USF, na visão de mães de crianças, demonstrando que este modelo de atenção se aproxima mais do que é preconizado para uma APS efetiva e de qualidade [12].

Isso pode refletir o envolvimento dos profissionais da USF para a oferta de atenção à criança com qualidade e garantia de acesso, integralidade, longitudinalidade e continuidade do cuidado com foco na tríade criança-família-comunidade na rotina do processo de trabalho da atenção primária.

Os estudos relacionados aos modelos de atenção à saúde apresentaram temáticas voltadas para a promoção da saúde infantil evidenciando iniciativas para o fortalecimento do aleitamento materno (AM) [23-24] nos modelos de UBS e USF. Percebeu-se que apesar do aumento na prevalência do aleitamento materno exclusivo e da diminuição de consultas por diarreia em lactentes menores de 1 ano na UBS [23], tanto esse modelo quanto a USF apresentaram dificuldades relacionadas a alta rotatividade dos profissionais, o não cumprimento pelos mesmos dos dez passos para o sucesso da amamentação na Atenção Básica e o acompanhamento insuficiente dos serviços pelos tutores da Rede Amamenta Brasil [24].

Esses achados estimulam reflexões acerca das potencialidades do modelo de UBS tradicional que pode estar contribuindo para melhoria de indicadores diretamente relacionados à redução da morbimortalidade infantil, e, portanto, merece a atenção de todos os envolvidos na atenção à criança.

Em relação às ações de promoção da saúde, identificou-se que o modelo de ESF foi superior à UBS tradicional em relação à cobertura vacinal das crianças na faixa etária de 24 meses, sendo mais elevada para as crianças que tinham cadastro na unidade [25]. Contrariamente, a cobertura vacinal de crianças adscritas na USF mostrou-se inferior à preconizada pelo Ministério da Saúde [26], bem como houve limitações na adesão das salas de vacinação às normas e diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), tanto das UBS tradicionais quanto das USF [27].

Sob a perspectiva da integralidade na atenção à saúde da criança, apesar da obrigação das equipes de saúde da APS munir-se de estratégias/ações voltadas à promoção, proteção e acompanhamento de crianças com necessidades especiais de saúde, há invisibilidade desse grupo de crianças frente aos serviços de saúde e os respectivos modelos de atenção [28-29]. No entanto, a ESF é um espaço de APS com potencial para se realizar acompanhamento de crianças com alterações no desenvolvimento e/ou deficiência [30].

Isso indica a necessidade de disseminação de estratégias para uma atenção de qualidade a essa população, uma vez que a capacidade de proporcionar acesso às ações de saúde e coordenação da atenção nos demais pontos da rede de atenção à saúde é uma potencialidade da USF para que inclua pessoas com necessidades especiais.

Destacam-se as potencialidades da ESF para enfrentamento da violência contra a criança, por meio de reuniões de equipe, para planejamento de estratégias de apoio às famílias, a visita domiciliar pelos agentes comunitários, além de monitoramento, avaliação e tratamento em saúde, articulação em rede e intervenções legais/médicas compulsórias, quando

necessário [30]. Contudo, um dos problemas enfrentados é o despreparo dos profissionais em lidar com a situação de violência [31].

Essa realidade convida as equipes de saúde que atuam na atenção básica a repensarem seus papéis frente à violência contra a criança, construir novas aproximações, que passam por uma compreensão da história de vida dos usuários, de suas redes familiares e sociais, das vulnerabilidades e dos aspectos protetivos presentes em cada caso [31].

Outras estratégias para integralidade da atenção incluem a criação de grupos de mães e lactentes [32] e a elaboração de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado infantil, um elemento fortalecedor para relações com os profissionais de saúde [33]. Apreende-se que essas ações são trabalhadas na perspectiva do empoderamento e autonomia dos familiares.

Assim, pontua-se que, o fato de as estratégias terem sido realizadas no contexto da USF, pode indicar esse modelo como locus privilegiado de atenção básica para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde em função de sua proximidade com o território e sua população [33].

Corroborando essa assertiva, estudos concluíram que as ações realizadas pela equipe de saúde bucal na ESF superam os outros modelos de atenção na promoção, prevenção e reabilitação de crianças menores de 12 anos [34], bem como na ESF o controle das consultas odontológicas de crianças entre 12 e 36 meses de vida por meio da CSC reduziu a incidência de cárie dentária nessas crianças [35]. Isso indica que o acompanhamento odontológico é uma solução viável, de baixo custo e que pode ser amplamente resolutive, diante da possibilidade de intervenção precoce e promoção da saúde infantil.

Após destacar o repertório de ações relativas à promoção da saúde da criança nos modelos de APS brasileiros, convém refletir a respeito da qualidade do cuidado ofertado à criança, visto que, mesmo diante de evidências de maior potencialidade para o modelo que opera com a ESF, fragilidades dificultam a lógica de funcionamento das ações no processo de trabalho das equipes de saúde na atenção à criança.

Vinculação da equipe de saúde com a criança e sua família

Outro aspecto importante discutido nesta revisão é a vinculação da equipe de saúde com a criança e sua família, reflexo da forma como os diferentes modelos de APS têm expressado sua adesão à longitudinalidade do cuidado à criança. Apreende-se que a partir do contato constante e do compromisso do profissional com o indivíduo e família frente às necessidades de saúde, é que se estabelece o vínculo. Ao mesmo tempo se é capaz de ofertar

uma assistência condizente às necessidades da população, a fim de melhorar a qualidade de vida da criança/família [36].

Responsáveis por crianças menores de cinco anos relataram potencialidades do modelo Saúde da Família em relação à elevada vinculação da família às equipes que nele atuam [16], assim como a USF, quando comparada ao modelo tradicional, apresentou vínculo mais forte com os usuários [18]. Isso pode indicar que o binômio criança/família é considerado sujeito do cuidado, culminando, portanto, em uma relação de confiança estabelecida com os usuários, expressa pela satisfação dos mesmos com a atenção recebida [37].

Avaliação da atenção básica utilizando a doença respiratória como indicador, demonstrou que a maioria das mães que atribuíram ao médico um bom atendimento, por examinar, conversar e ser educado, referiu melhora na saúde de suas crianças, estatisticamente superior em relação as que consideraram o atendimento ruim [38].

Pode-se sugerir que no processo de construção do cuidado à criança, o mais importante para o estabelecimento do vínculo é uma relação dialógica exitosa entre profissionais-criança-família que, por sua vez, exige uma comunicação eficiente. Essa ocorre durante o encontro que permeia o atendimento à criança, no qual as mães se sentem à vontade para questionar e sentem-se contempladas diante das respostas fornecidas pelos profissionais [39]. Tal postura é importante para a humanização do cuidado, que requer a reunião das capacidades técnica e de integração com o outro, seja “com quem” ou “para quem” o profissional atua na busca pela qualidade da atenção [40].

As expectativas de mães em relação ao atendimento da criança no modelo de UBS tradicional envolve uma consulta “*boa ou satisfatória*”, imbricada por um bom “*relacionamento interpessoal*” com o profissional, atenção, segurança, carinho, igualdade no atendimento, diálogo e interesse em cuidar da criança, com “*respostas às dúvidas da família*” e de forma “*resolutiva*” ao atender às necessidades de saúde da criança, com garantia de confiança no seu diagnóstico e tratamento [41].

No entanto, apesar dessas potencialidades, as mães referiram insegurança dos profissionais em relação à situação de saúde da criança, o que torna a consulta “ruim”, pois o “*profissional demonstra descaso*” e o “*diagnóstico é equivocado*” por falta de evidências. Isso suscita descrença dos acompanhantes em relação à melhoria do atendimento, o que os afastam do acompanhamento na UBS, com consequente aumento da procura por serviços de urgência quando a criança está doente [41].

Apreende-se que, independente do modelo de atenção, há satisfação no atendimento à criança quando esta é tratada pelo nome, quando o profissional demonstra interesse em saber o motivo da consulta, examina e fornece informações pertinentes, bem como as mães compreendem as orientações [17].

Ante o exposto, faz-se premente refletir acerca dos processos de trabalho implementados tanto pelos modelos que operam com a ESF quanto pelo modelo tradicional, pois podem contribuir efetivamente para o fortalecimento das relações de confiança, respeito e empatia entre profissionais e criança-família, direcionando suas práticas para qualidade do cuidado, como se espera de um serviço de APS.

Um olhar para dimensão estrutural dos modelos de APS

Identificar as potencialidades e fragilidades da atenção ofertada à criança perpassa a necessidade de abordar a dimensão estrutural dos modelos de APS, visto que esta abrange instalações físicas, equipamentos, insumos, medicamentos, normas, bem como recursos humanos e financeiros, ou seja, aspectos inerentes ao processo de trabalho dos profissionais no âmbito dos serviços de saúde [42].

Em relação à estrutura física, tanto no modelo de USF quanto no de UBS tradicional a área física das salas de vacina está em concordância com o que se espera de uma unidade de APS [26]. Contudo, as instalações físicas das unidades também se apresentam deterioradas e insalubres, e com número insuficiente de salas [43], unidades de saúde da família na contramão da proposta de reorganização da APS com suas estruturas adaptadas [44], comprometendo a atuação dos profissionais e a qualidade da atenção.

Em relação aos materiais e equipamentos necessários para realização da consulta da criança, há limitações das USF quanto à disponibilidade desses insumos [43,45-47], o que possivelmente compromete a identificação de diagnósticos precoces e intervenções terapêuticas oportunas, pois quando disponíveis, estão associados positivamente à continuidade do cuidado e a integralidade da atenção [48].

Outros recursos indispensáveis para uma atenção efetiva à criança se encontram com acesso limitado na APS como as medicações específicas como antibióticos, antialérgicos, antigripais, inalações e insumos para reidratação oral nas USF [43], bem como a distribuição do sulfato ferroso do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) [49]. Estas medicações são necessárias para a prevenção e tratamento das doenças prevalentes na infância como diarreias, infecções respiratórias agudas e anemia carencial ou ferropriva, que ao serem

tratadas na APS, podem reduzir os casos de hospitalizações infantis por causas sensíveis à atenção primária [50].

Em diferentes contextos de APS, os modelos investigados apresentaram inadequação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [45], ações profissionais deficitárias no que diz respeito às orientações às famílias, além da não realização do exame físico completo da criança, o que pode ser agravado pela carência de materiais como balança pediátrica e CSC.

Outrossim, há fragilidades da ESF no tocante à falta de acompanhamento diferenciado de crianças com baixo peso ao nascer, consideradas de risco nutricional, problemas na falta de registros de peso e estatura na CSC, além da constatação da falta de treinamento específico para os profissionais enfermeiros frente as ações em saúde da criança [46].

Assim, também, evidenciaram-se limitações nos registros dos prontuários de crianças para as ações de aleitamento materno, acompanhamento pondero-estatural e vacinação [51-52]. Isso pode indicar que importantes fatores para o desenvolvimento saudável da criança estão deixando de ser registrados e, portanto, deixados de ser compartilhados entre os profissionais que ofertam atenção à criança na APS, o que torna frágil a longitudinalidade do cuidado, indispensável para integralidade dessa atenção.

Em relação aos registros nos prontuários, embora existam fragilidades, houve evolução satisfatória da queixa principal da criança pela qualidade do exame físico, e informações completas referentes ao crescimento e desenvolvimento infantil nos registros médicos e de enfermagem, além de um contexto de vinculação do médico com seus pacientes [38,53].

Portanto, evidenciaram-se ações profissionais que estão em discordância com o que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde da criança [46] havendo a necessidade urgente de os profissionais de saúde repensarem suas práticas para atuação em consonância com os princípios e diretrizes do SUS [40].

A formação/qualificação dos profissionais de saúde que atuam nesses serviços mostra-se como aspecto importante a ser considerado já que é comum a atuação de profissionais recém-formados, podendo difundir a falsa ideia da Atenção Básica como lugar de clínica de baixa qualificação, exercida por profissionais sem formação específica [54].

Portanto, é imprescindível o debate sobre a formação de recursos humanos para o SUS, buscando encontrar as melhores alternativas para garantir que as práticas profissionais atendam aos desafios necessários para a implementação de uma APS de qualidade [55], a qualificação profissional de médicos e enfermeiros na área de medicina de família e

comunidade apresenta potencialidades para a transformação do modelo de atenção, a partir dos atributos da APS [54].

Constata-se que ainda há uma distância entre as propostas da APS de qualidade e o trabalho efetivamente realizado pelos profissionais [31,46,53]. Diante dessa fragilidade, aponta-se para a necessidade de repensar o processo de trabalho instituído nas equipes de saúde, e fortalecer/instituir capacitação profissional adequada para o acompanhamento da criança na APS [22].

Apreende-se que as potencialidades e fragilidades de cada elemento da dimensão estrutural, imbrincados na organização e no processo de trabalho dos modelos de atenção primária, refletem na atuação dos profissionais para um cuidado integral e de qualidade. Portanto, pode-se considerar nesse contexto as particularidades de cada região, cuja organização política, social e econômica pode contribuir para melhor destaque de determinado modelo implementado numa certa região, diante da efetividade da atenção à criança na APS.

Considerações finais

Para uma atenção resolutiva e de qualidade à criança, é necessário que os modelos de atenção, além de serviços com estrutura adequada para oferta de cuidado, comportem no processo de trabalho de suas equipes ações e práticas em acordo com os atributos da APS. Assim, a realização desta revisão possibilitou o reconhecimento do modelo de USF como destaque em relação aos outros modelos existentes, no que concerne às potencialidades, em detrimento das fragilidades, em análise ao conhecimento produzido nos últimos dez anos acerca dessa temática.

Mesmo que a maioria dos estudos não tenha apresentado um caráter explicitamente comparativo, em todos foi possível identificar o foco em relação aos modelos de atenção avaliados. No entanto, diante da expansão da ESF no país, a maioria dos estudos abordou esse modelo, o que demonstra o interesse em avançar e fortalecer a APS no SUS, para a melhoria da atenção à saúde da criança.

Neste estudo, evidenciou-se que o processo de trabalho predominante nos serviços que operam com a ESF pode estar contribuindo de maneira mais incisiva para o fortalecimento das relações de confiança, respeito e empatia entre profissionais e criança-família, direcionando suas práticas para qualidade do cuidado, como um serviço de APS com maior respaldo, inclusive internacional, em direção à efetividade da atenção.

Contudo, mesmo tendo sido o que mais correspondeu ao que se espera de um modelo de APS, a ESF ainda enfrenta desafios com relação ao acesso aos serviços, exames e medicamentos; agendamento de consultas; realização de visita domiciliar; cobertura de consulta preconizada para a criança; qualificação dos profissionais; e infraestrutura dos serviços, elementos imprescindíveis que precisam ser revistos para a reformulação a que se propõe a USF como coordenadora do cuidado na APS.

Por outro lado, dependendo da região, o modelo implementado apresentou potencialidades para determinadas ações de atenção à criança e outras não. Isso sugere que a organização e o processo de trabalho dos modelos podem refletir as particularidades da região e, portanto, a capacidade em proporcionar uma atenção efetiva à população diante da proposta de adesão aos atributos da APS.

São necessários novos estudos que evidenciem a relação entre os modelos de atenção na APS brasileira e as singularidades regionais no cuidado à criança, a fim de que as potencialidades sejam valorizadas e as fragilidades superadas.

Referências

1. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria GM nº 1.130, de 05 de agosto de 2015 aug 05 [cited 2016 Mar 10]. Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Criança. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2015. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
2. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2011 Oct [cited 2016 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
3. Morosini MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: PSJV/Fiocruz; 2007
4. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2015 [cited 2016 Mar 10]. Available from: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 10]; 66: 158-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020
6. Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
7. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Integrative Review versus Systematic Review. Revista Min Enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Mar 10]; 18(1): 1-260. Available from: file:///C:/Users/Nathanielly/Downloads/en_v18n1a01.pdf

8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2016 Mar 10]; 17(4): 758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Novaczyk AB, Gaiva MAM. As tecnologias inter-relacionais da assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2010 July/Sep [cited 2016 Mar 10]; 9(30): 560-8. Available from: [file:///C:/Users/Nathanielly/Downloads/12560-47696-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Nathanielly/Downloads/12560-47696-1-PB%20(1).pdf)
11. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Mar 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf
12. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. Primary health care and its attributes: the situation of children under two years of age according to their caregivers. Rev Cienc Colet [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 10]; 19(7): 2033-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702033
13. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2011 July/Sep [cited 2016 Mar 10]; 11(3): 323-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>
14. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Mar 10]; 21(2): [08 telas]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf>
15. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia SG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 10]; 20(4): 948-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/12.pdf>
16. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Children health care evaluation (0-5 years) according to users' perceptions in the Family Health Strategy of Teresópolis, Rio de Janeiro State. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 10]; 15(2): 517-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a28.pdf>
17. Machado MMT, Lima ASS, Bezerra Filho JG, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB et al. Characteristics of consultation and mothers' satisfaction in primary care for children under 5 years of age, Fortaleza, Brazil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 10]; 17(11): 3125-33. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a27.pdf>
18. van Stralen CJ, Belisário AS, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2016 Mar 10]; 24(Sup1): 148-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>
19. Holmes et al. Health Information Systems in the Decision-Making Process in Primary Care. International Archives of medicine [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 10]; 9(2): 1-9. Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1380/1116>
20. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. The Integrar Project: an evaluation of comprehensive health care services in Vitória, Espírito Santo, Brazil. Cad Saúde Pública

- [Internet]. 2007 June [cited 2016 Mar 10]; 23(6): 1405-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/14.pdf>
21. Araújo JP, Viera CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 10]; 27(5): 440-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/1982-0194-ape-027-005-0440.pdf>
 22. Souza RKT, Gonçalves MB, Scochi MJ, Mathias TAF, Martins ABT, Gazola S et al. Atenção a famílias com crianças e idosos, pelas Equipes tenção de Saúde da Família, em município de médio porte. *Acta Sci. Health Sci* [Internet]. 2006 [cited 2016 Mar 10]; 28(1): 23-8. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1094/557>
 23. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVV. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr* [Internet]. 2008 [cited 2016 Mar 10]; 84(2): 147-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n2/en_v84n2a10.pdf
 24. Brandão DS, Venâncio SI, Giugliane ERJ. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. *J Pediatr* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 10]; 91(2): 143-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/0021-7557-jped-91-02-00143.pdf>
 25. Luhm KR, Cardoso MRA, Waldman EA. Vaccination coverage among children under two years of age based on electronic immunization registry in SOthern Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 10]; 45(1): 90-8.30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1768.pdf
 26. Lima CC, Cavalcante AAM, Cotta RMM, Martins PC. Avaliação da assistência materna-infantil prestada por uma equipe rural do programa saúde da família. *Esc Anna Nery R Enferm* [Internet]. 2007 Sept [cited 2016 Mar 10]; 11(3): 452-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a09.pdf>
 27. Araújo ACM, Guimarães MJB, Frias PG, Correia JB. Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 Apr/June [cited 2016 Mar 10]; 22(2): 255-64. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a07.pdf>
 28. Moraes JRM, Capral IV. The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2016 Mar 10]; 20(2): [08 telas]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/10.pdf>
 29. Neves, ET, Capral IE. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev gaúcha enferm* [Internet]. 2008; 29(2): 139-51. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5533/3150>
 30. van Schaik EE, Souza CCBX, Rocha EF. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2014 Sept/Dec [cited 2016 Mar 10]; 25(3): 233-41. Available from: <http://revistas.usp.br/rto/article/view/74413/91968>
 31. Moreira TNF, Martins CL, Feurwerker LCM, Schraiber LB. The foundation of care: Family Health Program teams dealing with domestic violence situations. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 10]; 23(3): 814-27. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/en_0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf
 32. Gehrman T, Paiva KV, Aquino MW, Boehs AE. Grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2007 Jan/Mar [cited 2016 Mar

- 10]; 6(1): 120-25. Available from:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4984/3232>
33. Grippo MLVS, Francolli LA. Evaluation of an educational booklet about childcare promotion from the family's perception regarding health and citizenship. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2016 Mar 10]; 42(3): 430-6. 38. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a02.pdf>
 34. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Inclusion of oral health teams in the Family Health Program and its impact on the use of dental services. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 May [cited 2016 Mar 10]; 25(5): 985-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/05.pdf>
 35. Stocco G, Baldani MH. The control of babies' dental visits through the vaccines card: evaluating a pilot program developed at the Family Health Strategy at Ponta Grossa (PR, Brazil). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 5]; 16(4): 2311-21. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a31.pdf>
 36. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinality in nurses' work: a report of professional experiences. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 5]; 46(5): 1260-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/31.pdf>
 37. Marin MJS, Marchioli M, Maracvick MYA. Strengths and weaknesses of the care delivered in the Traditional Primary Healthcare units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 5]; 22(3): 780-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a26.pdf
 38. Tanaka OY, Espírito Santo ACG. Primary health care quality evaluation using respiratory diseases as tracer in a health district in the city Sao Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2008 July/Sept [cited 2016 Apr 5]; 8(3): 325-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a12v8n3.pdf>
 39. Vaz EMC, Magalhães RBP, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Apr 5]; 36(4): 49-54. Available from:
<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51862/35663>
 40. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 Dec [cited 2016 Apr 5]; 26(12): 2316-22. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/10.pdf>
 41. Assis LCF, Veríssimo MLOR. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 5]; 20(2): 317-29. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/14.pdf>
 42. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 1996 Sept [cited 2016 Apr 5]; 8(4): 401-7. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/8/4/401.full.pdf>
 43. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Evaluating child healthcare in the context of Family Evaluating child healthcare in the context of Family Healthcare in the city of Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brazil). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 5]; 16(7): 3229-40. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/22.pdf>
 44. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 [cited 2016 Apr 5]. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf
 45. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AMCA, Batista Filho M. Monitoring of infant growth by health services in Pernambuco State, Brazil *Cad Saúde*

- Pública [Internet]. 2008 Mar [cited 2016 Apr 5]; 24(3): 675-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/21.pdf>
46. Rocha ACD, Pedraza DF. Child growth monitoring in Family Health Basic units in the municipality of Queimadas, Paraíba, Brazil Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 Oct/Dec [cited 2016 Apr 5]; 22(4): 1169-78. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_36.pdf
 47. Saporoli ECL, Adami NP. Evaluation of nursing consultation structure for children in Primary Health Care. Rev Esc Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 5]; 44(1): 92-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a13v44n1.pdf>
 48. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 Sept [cited 2016 Apr 5]; 31(9): 1941-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>
 49. Cembranel F, Corso ACT, González-Chica DA. Coverage and adequacy of ferrous sulfate supplementation in the prevention of anemia among children treated at health centers of Florianópolis, Santa Catarina. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 5]; 31(3): 315-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n3/0103-0582-rpp-31-03-00315.pdf>
 50. Ministério da Saúde [Internet]. AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância 2nd ed revisada. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [cited 2016 Apr 5]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf
 51. Jodas DA, Scochi MJ, Moura MB, Tiwata MZ. Atendimento à criança e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Apr 5]; 32(4): 669-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a05.pdf>
 52. Domingos CM, Nunes EFPA, Stutz AC. Monitoramento da saúde da criança em uma unidade de atenção básica do município de Londrina – PR. Revista Espaço para a Saúde [Internet]. 2010 June [cited 2016 Apr 5]; 11(2): 01-10. Available from: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10086/pdf_1
 53. Ribeiro AM, Silva RRF, Puccini RF. Knowledge and practices regarding child development among primary healthcare professionals. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 10]; 28(2): 208-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n2/v28n2a13.pdf>
 54. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Rev bras educ med [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 10]; 33(3): 475-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/17.pdf>
 55. Leão CDA, Caldeira AP. Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 10]; 16(11): 4415-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200014&lng=en

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal e avaliativa, de abordagem quantitativa, que possibilita descrever características de determinada realidade, utilizando variáveis e seus padrões de distribuição em um dado momento⁹⁵. Esta investigação é parte de um projeto multicêntrico intitulado “Avaliação da efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança”, realizado nos municípios de Cascavel e Londrina, no estado do Paraná, e simultaneamente, em João Pessoa, no estado da Paraíba, e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq - Edital Universal Processo nº474743/2011-0.

4.2 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.2.1 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde segundo Donabedian

A avaliação dos serviços de saúde da APS, como um processo técnico administrativo de juízo de valor necessário para a tomada de decisão, tem como marco referencial a concepção do estudioso Avedis Donabedian (1996), que sistematizou o processo avaliativo centrado na tríade da Teoria Geral de Sistemas, composta pelos componentes básicos: **estrutura, processo e resultado**⁹⁶⁻⁹⁷.

Cada um desses componentes tem características individuais quanto ao direcionamento do processo avaliativo, que diferem conforme o lugar e a época. A estrutura, também denominada capacidade, corresponde às características por meio das quais os serviços podem ser ofertados, com os seguintes elementos capacitadores: o pessoal, como os envolvidos na prestação do serviço; as instalações e os equipamentos, ou prédios e tecnologia diagnósticas e terapêuticas; o gerenciamento e a comodidade; a variedade e a organização dos serviços ofertados; os mecanismos para oferta de acesso e continuidade da atenção, além de financiamento, delineamento da população eletiva e a administração do sistema de saúde⁹.

O processo, também denominado desempenho, implica nas ações que compõem a oferta de serviços pelos profissionais na forma de atenção proporcional e no recebimento de serviços pela população, adotados para manejar os recursos e melhorar a qualidade na atenção prestada^{9,98}. O resultado, como terceiro componente da avaliação, reflete o alcance dos

componentes estrutura e processo pelos serviços e profissionais, que repercutem na modificação do estado de saúde e na satisfação dos usuários^{96, 98}.

Nessa abordagem, descrita para medir o potencial da atenção primária e sua expressão como uma atividade adequada e denominada de capacidade-desempenho⁹, a avaliação dos serviços deve ser iniciada pelo componente processo, seguido do componente estrutura. Isso se justifica pelo fato de o processo ser um componente essencial para interagir com o usuário, efetivar a ação em saúde e considerar o contexto de vida dos usuários⁹⁹.

Para avaliar a capacidade, devem-se utilizar quatro itens relacionados à estrutura, relativos aos recursos necessários para oferta dos serviços; e para avaliar o desempenho, dois itens referentes ao processo, que são as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços⁹.

Os itens estruturais considerados relevantes para resolver os problemas na atenção primária são: a **acessibilidade**, que abrange a proximidade do estabelecimento com a população a ser atendida, os horários e os dias em que está acessível, o grau de tolerância para as consultas não agendadas e a percepção da população acerca da conveniência desses aspectos; a **variedade de serviços**, que corresponde ao pacote de serviços disponíveis para a população e aqueles em que a população acredita estarem disponíveis; a **definição da população eletiva**, que diz respeito à competência do serviço de atenção à saúde para identificar a população sob sua responsabilidade e entender os indivíduos como parte dela; e a **continuidade**, que constitui os arranjos por meio dos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos, alcançada através de um atendimento profissional ou um prontuário com registro do atendimento prestado, além da relação interpessoal⁹.

Os itens processuais são: a **utilização** de serviços pela população, que se refere à extensão e ao tipo de uso dos serviços, considerando a consulta para investigar um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou para serviços preventivos; e o **reconhecimento de um problema (ou de necessidade)** pelos profissionais de saúde, como a etapa anterior ao processo diagnóstico⁹.

Portanto, essa abordagem possibilita a adequação da oferta e das relações entre os diferentes procedimentos nos serviços na atenção primária e propicia a tomada de decisão relacionada à otimização dos recursos disponíveis e a atenção prestada na APS, para modificar o estado de saúde do usuário por meio da integralidade na atenção à saúde⁹⁶.

4.2.2 Avaliação da Atenção Primária à Saúde na concepção de Starfield

Numa perspectiva funcional e renovada, a APS pode ser compreendida como “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, e fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo”^{9: 28}. Assim, compartilha responsabilidade pelo acesso, pela qualidade e pelos custos da atenção e, por meio de serviços e de ações efetivos, potencializa a saúde e o bem-estar da população para a integralidade.

Há que se ressaltar que averiguar a qualidade dos serviços que compõem a APS é fundamental para definir se a oferta de cuidado é efetiva e integral. No entanto, a qualidade da atenção deve ser discernida sob uma ótica ampliada, que abrange além do atendimento às necessidades de saúde, aspectos como a satisfação dos usuários, os custos, a qualificação dos profissionais, a segurança, a estrutura e os equipamentos necessários para efetivar a atenção à população nos serviços de saúde⁹. Para isso, é necessário determinar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS como elementos estruturantes para se definir um serviço como orientado para a atenção primária e, portanto, capaz de prover atenção integral e de boa qualidade para a população¹⁰⁰.

Para se mensurar o potencial e o alcance de cada atributo essencial da APS, deve-se avaliar uma característica comportamental e uma estrutural da qual ela depende, ou seja, medir um dos quatro itens estruturais e um dos dois itens de processo, visto que a avaliação desses atributos está alicerçada no modelo de avaliação da qualidade dos serviços indicado por Avendis Donabedian (1996), já apresentados⁹. Então, para avaliar a APS no sistema de saúde brasileiro, deve-se utilizar uma versão traduzida e adaptada do instrumento *Primary Care Assessment Tool* - PCATool, elaborado por Starfield, denominado, neste país, de *Primary Care Assessment Tool* - PCATool – Brasil¹⁰⁰.

Portanto, é preciso estabelecer uma correlação entre os itens de modo que, tanto os estruturais quanto os processuais sejam mensurados por meio dos atributos essenciais da APS, descritos no instrumento PCATool - Brasil. Os itens estruturais (**acessibilidade, variedade de serviços, definição da população eletiva e continuidade**) deverão ser avaliados por meio dos atributos essenciais “acesso de primeiro contato - acessibilidade”, “integralidade - serviços disponíveis”, “grau de afiliação” e “coordenação - sistema de informação”; e os itens processuais (**utilização e reconhecimento de um problema**) por meio dos atributos “longitudinalidade”, “integralidade - serviços prestados”, e “coordenação - integração de cuidados”^{9,100} (Quadro 1).

Quadro 1 – Relação entre os itens estruturais e os processuais descritos por Donabedian e os atributos da APS estabelecidos por Starfield.

Itens de capacidade e de desempenho		Atributos da APS
Estruturais	Acessibilidade	Acesso de primeiro contato – Acessibilidade
	Variedade de Serviços	Integralidade - Serviços disponíveis
	Definição da população eletiva	Grau de afiliação
	Continuidade	Coordenação - Sistema de informação
Processuais	Utilização	Longitudinalidade e Integralidade - Serviços prestados
	Reconhecimento de um problema	Coordenação - Integração de cuidados

O atributo “acesso de primeiro contato” corresponde à acessibilidade e ao uso do serviço para dar atenção a um novo problema ou seguimento de um problema de saúde já existente. Envolve um serviço ou profissional de atenção à saúde que atua como “porta de entrada” para o sistema, portanto, deve ser acessível à população. Quando isso não acontece, incorre em falta de atenção adequada, que afeta o diagnóstico e o manejo do problema e incide em sobreposição de custos⁹.

A mensuração desse atributo nos serviços de saúde abrange a avaliação do item estrutural - acessibilidade, como aquele que possibilita a pessoa a ter acesso ao serviço de saúde, e do item processual - utilização - que se refere ao emprego do serviço para suprir uma necessidade de saúde na fonte regular de atenção. Essa avaliação pode ser realizada tanto do ponto de vista da população quanto do serviço. Porém, se a avaliação ocorrer apenas na perspectiva do serviço, os indivíduos que não procurarem o serviço, seja por dificuldade de acesso ou por outro motivo, serão excluídos. Portanto, a medição será realizada a contento se ocorrer no nível da população ou em ambos.

A acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde ofertados aos usuários, como à “ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais e de gênero ao cuidado”^{101: 12}, bem como de transporte e epidemiológicas⁵⁷. Remete-se a um elemento estrutural necessário para a obtenção da primeira atenção e, conseqüentemente, sua continuidade⁹. Deve estar presente como porta de entrada do sistema e acolhimento ao usuário com sua necessidade¹⁰².

O acesso é a forma como a pessoa experimenta os serviços de saúde⁹. Ou seja, está incluído como um item processual de avaliação da oferta e utilização dos serviços de saúde, quanto à sua organização, desde a entrada ao recebimento de cuidados subsequentes¹⁰³.

Assim, o conceito de acesso é ampliado para “acesso efetivo”, como resultado do uso dos serviços para melhorar as condições de saúde e satisfazer os usuários quanto às suas necessidades de saúde e particularidades socioculturais locais¹⁰³.

Nesse sentido dizem respeito ao acesso de primeiro contato questões como:

Em que medida o sistema oferece fácil acesso, tanto geograficamente quanto com horário mais prolongado de funcionamento? A população acha este acesso conveniente? O quanto o acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para novo problema por sua população definida?⁹.

A “longitudinalidade” requer uma relação interpessoal de longa duração entre os profissionais e os usuários, que os reconhecem como fonte regular de atenção dirigida à pessoa, independentemente do tipo ou da existência de um problema de saúde. Essa relação é a essência da longitudinalidade, por possibilitar uma troca de conhecimento pessoal entre usuários e profissionais ao longo do tempo, em que a população é vista como um ser completo, com valores e prioridades que precisam ser considerados no processo de cuidado⁹.

A mensuração desse atributo deve ocorrer por meio de uma relação mútua de reconhecimento entre os indivíduos e a fonte de atenção primária, para que eles sejam capazes de identificar sua fonte de APS, a qual deve ser capaz de identificar sua população eletiva ao longo do tempo. Além disso, que os indivíduos possam utilizar essa fonte habitual para todos os problemas, incluindo nos casos em que é preciso um encaminhamento, o que deve ocorrer quando a densidade tecnológica for superior à existente na unidade de APS, ou quando a situação determinada exigir uma opinião profissional com qualificação superior à do profissional disponível⁹. Contudo, para avaliar a longitudinalidade também é necessário lançar mão de um bom sistema de informação que registre para onde se dirige a população em busca de atenção, mesmo quando não é assistida nas unidades de APS ou quando esse encaminhamento não é realizado⁹.

O atributo longitudinalidade está inter-relacionado a outros atributos, como primeiro contato, integralidade e coordenação, visto que a fonte regular de atenção que implica na porta de entrada para o primeiro contato poderá influenciar a prestação do serviço⁹. Dentre os benefícios da longitudinalidade, estão menos utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, mais satisfação dos usuários, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e períodos mais curtos, quando necessário, e custo total mais baixo.

A integralidade diz respeito a todos os tipos de atendimentos e serviços ofertados pela

rede de atenção à saúde aos usuários. Isso inclui ações para prevenção de riscos, promoção à saúde, bem como diagnóstico, tratamento e reabilitação prestadas nas unidades de APS ou disponibilizadas por outros serviços especializados (nível secundário) ou hospitalares (nível terciário) através de encaminhamentos⁹.

Para garantir uma atenção integral na APS, cada unidade deve reconhecer o contexto biopsicossocial apresentado pelos usuários e definir a própria variedade de serviços, para assegurar o ajuste necessário e atender às demandas identificadas. Uma variedade adequada de serviços considera “quais” os problemas ou necessidades da população e “como” e “onde” são abordados adequadamente⁹.

Como segunda característica mais importante da APS, a integralidade é a capacidade que as unidades de saúde devem ter de usar suas ações para as demandas do usuário, da família e da comunidade e sua efetividade reconhecida por eles. As limitações na prestação e disponibilidade de serviços comprometem a qualidade da atenção à saúde e a qualidade de vida da população, visto que doenças preveníveis deixam de serem evitadas, e outras podem evoluir em um curso mais prolongado do que o previsto e até colocar em risco a vida das pessoas, o que indica insuficiência desse atributo na unidade de atenção primária⁹.

Para mensurar esse atributo, pode-se utilizar o nível populacional (sistema/população) ou o nível institucional (unidade de saúde/paciente). O primeiro nível define a variedade dos serviços a serem ofertados a partir das necessidades da comunidade. A integralidade deve ser obtida com a extensão dos serviços para abordar as necessidades da população, como o programa de imunização, por exemplo. No segundo, a variedade de serviços depende das informações disponibilizadas sobre os tipos de problemas e diagnósticos que são assistidos e manejados por diferentes profissionais em distintas unidades, como no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil⁹.

Para se alcançar a integralidade, é necessário refletir sobre as seguintes questões:

O quão inclusivo é o pacote de benefícios oferecidos? Ele é explícito e é compreendido pela população? Ao oferecer serviços, os profissionais reconhecem um amplo aspecto de necessidades na população? Eles encaminham a outros especialistas, quando apropriado?^{9: 63}.

A “coordenação” implica na capacidade do serviço de assegurar a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, seja por parte dos profissionais, seja por meio do prontuário ou por ambos. Ademais, admite o reconhecimento de problemas observados em consultas anteriores, realizadas no serviço de APS ou provenientes de um encaminhamento,

visto que nem todas as necessidades são contempladas na atenção primária e demandam a condução do usuário a outros serviços ou níveis⁹.

O cerne desse atributo é a disponibilidade de informações acerca de serviços e problemas passados e o reconhecimento dessa informação diante da necessidade de relacioná-la às demandas de saúde do momento. Ou seja, exige dos profissionais da APS ciência dos problemas em todos os contextos em que está inserido, como algo necessário para integrar e coordenar os serviços prestados à população⁹.

A coordenação, como um “estado de estar em harmonia numa ação e esforço comum”^{9: 365}, é de grande relevância para o alcance de outros aspectos na APS, visto que, sem ela, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial, a integralidade seria dificultada, e a função de primeiro contato ficaria permanentemente administrativa, comprometendo a efetividade da atenção nesse contexto.

Esse quarto atributo pode ser medido avaliando-se dois aspectos: a continuidade da atenção, que pode ser alcançada com a permanência do mesmo profissional para atender ao paciente, de uma consulta para outra, e com a presença de um serviço com capacidade de ser referência para o indivíduo, fazendo-o se reconhecer como parte dele, independentemente da presença do mesmo profissional para atendê-lo; e o reconhecimento do problema e das informações sobre a atenção recebida, que deve ser considerado como o mais crítico para se avaliar, visto que não se pode agir sobre algo sem conhecê-lo. Assim também deve ser em relação às necessidades de saúde da população, cujo resultado da atenção é diretamente proporcional ao nível de conhecimento dos profissionais sobre a realidade existente⁹.

Há que se ressaltar que uma coordenação exitosa requer atenção compartilhada, mecanismos que subsidiem a transferência de informações entre profissionais da atenção primária e outros serviços, para garantir uma sucessão ininterrupta de eventos entre as consultas, independentemente de onde aconteceram ou por quais motivos. Esses mecanismos podem ser o prontuário ou outras tecnologias com as quais sejam possível detectar e manejar os problemas e as informações suscitadas sobre o usuário⁹. Contudo, apesar de a coordenação estar em todos os níveis de atenção, alcançá-la na APS é um desafio para os profissionais, devido à insuficiência de itens de capacidade e de desempenho para garantir a qualidade da fonte de atenção primária.

São questões importantes para a avaliação desse atributo:

Em que medida o agendamento é organizado para permitir que os pacientes consultem sempre com o mesmo profissional em todas as consultas? Os

prontuários médicos contêm informações pertinentes ao atendimento dos pacientes? Existe aumento do reconhecimento de problemas associados à melhor continuidade?^{9: 63}.

Além da existência dos atributos mencionados, a qualidade das ações e dos serviços de APS depende também da presença dos atributos derivados. São eles: centralização na família, orientação para a comunidade e a competência cultural.

Para se avaliar a “centralização familiar”, é preciso incluir duas áreas de interesse com as quais se pode mensurar o conhecimento da família: a consciência da comunicação intrafamiliar e o apoio e a apreciação dos recursos familiares para lidar com os problemas de saúde do paciente, incluindo níveis educacionais e recursos financeiros⁹. Considera-se, ainda, o conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família, que diz respeito aos padrões de doenças como suporte para esclarecer possíveis etiologias e respostas à terapia. Para isso, podem-se fazer entrevistas com pacientes e profissionais e tecer apreciações sobre o prontuário⁹.

A “orientação para a comunidade” está diretamente relacionada ao alcance de integralidade da atenção, visto que tanto as necessidades de saúde quanto o seu reconhecimento por parte dos serviços de saúde requerem informação do contexto social. Entender as características de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade subsidia uma avaliação mais abrangente acerca da extensão das necessidades do que a baseada apenas na interação com os usuários ou com suas famílias.

A avaliação da orientação para a comunidade exige três tipos de informação: o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, adquiridas por meio de entrevistas e estatísticas de morbimortalidade, níveis de incapacidade e de doenças e taxas de absenteísmo na escola e no trabalho; o envolvimento ou não dos profissionais nos assuntos da comunidade, por meio do conhecimento sobre as redes sociais e dos sistemas de apoio disponíveis, como recursos para lazer e recreação, religiosos, políticos ou filantrópicos; e o envolvimento da comunidade em questões relacionadas às ações de saúde, com a oferta de uma equipe de aconselhamento ou pesquisas periódicas de satisfação e sugestões do usuário que suscitem a participação comunitária para tomada de decisão⁹.

A “competência cultural” pode ser compreendida como o reconhecimento das necessidades especiais das populações, que às vezes, não é evidenciado devido às características étnicas, raciais ou outras culturalmente especiais, mas que devem ser abordadas ao se alcançar a integralidade, com a variedade de serviços dispensados e sua aplicação. Contudo, esse reconhecimento indispensável deve ser resultado da interação dos profissionais

com esses aspectos culturais, no sentido de constituírem instrumentos facilitadores do processo de comunicação entre o usuário, o profissional e o serviço de saúde.

Portanto, os atributos da APS, com a presença das características essenciais e gerais, representam uma prática de foco individual e coletivo, com que se pode ter acesso ao cuidado integral e à capacidade dos serviços de lidar com os problemas da população⁹.

4.3 CENÁRIOS DO ESTUDO

Este estudo foi realizado nas unidades de Atenção Primária à Saúde, localizadas na área urbana dos municípios de Cascavel e Londrina, no Paraná, e de João Pessoa, na Paraíba. No Paraná, foram considerados como cenários do estudo 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam com modelo tradicional, designadas UBS tradicional em Cascavel, e 39 UBS com a Estratégia Saúde da Família (ESF), consideradas neste estudo como UBS mistas em Londrina. Em João Pessoa, o cenário foram as Unidades de Saúde da Família, todavia, devido à ampla rede municipal de atendimento, escolheu-se o Distrito Sanitário III (DS III), com 53 Equipes de Saúde da Família no período da coleta dos dados, e cobertura de 90,5% das famílias adscritas naquela área. Isso se justificativa pelo fato de o DS III ser o maior dos distritos da rede de atenção básica do município, e, portanto, com equivalência no quantitativo de unidades de saúde, quando comparado com os demais.

4.3.1 Caracterização do município de Cascavel - Paraná

A cidade de Cascavel está localizada na região oeste do Paraná, a 491 km da capital, Curitiba¹⁰⁴. Apresenta uma área geográfica de 2.100,831 Km² e uma população de 286.205 habitantes, de acordo com dados do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 210.048 residentes em área urbana e 16.157 residentes em perímetro rural. Desses, 41.398 correspondem a crianças com idades inferiores a dez anos, 20.979 dos quais são menores de cinco anos¹⁰⁵.

Esse município é um dos centros educacionais do Estado que dispõe de sete instituições de ensino superior - uma universidade pública estadual e as demais privadas. Representa a sede da 10ª Região Administrativa de Saúde do estado do Paraná, formada por 25 municípios, e referência para os demais no setor de saúde. Encontra-se habilitado no Ministério da Saúde, na modalidade de gestor municipal da Atenção Básica em Saúde (ABS). Assim, sua Rede de Atenção à Saúde é constituída de sete setores: Atenção Básica, Saúde

Bucal, Atenção Especializada, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Apoio Diagnóstico e Urgência e Emergência¹⁰⁶.

Atualmente, a Atenção Básica está estruturada em três distritos sanitários que abrangem 36 unidades de saúde. Dessas, 25 estão implantadas na área urbana - 17 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, oito USF e 11 USF no distrito rural. As UBS ofertam atendimento no período de 12 horas diárias, e as USF, oito horas. Em relação à assistência odontológica, contempla 31 clínicas odontológicas, com equipes compostas por cirurgião-dentista, técnicos em saúde bucal e auxiliares de consultório dentário¹⁰⁶.

A equipe é composta de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares e técnicos de Enfermagem, ACS, agentes administrativos, atendente de farmácia e zeladores, que desempenham suas funções em acordo com a organização da agenda programática de saúde, das condicionalidades e das vulnerabilidades sociais e do processo de gestão da clínica, que refletem o compartilhamento das responsabilidades de um cuidado integral entre profissional e usuário, gestão e unidade de saúde, com base nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação social, acessibilidade, educação permanente, intersetorialidade e humanização¹⁰⁶.

Assim, as ações imbrincadas na rotina da AB são: acolhimento; consultas médicas, de Enfermagem e odontológicas; agendamento para especialidades; pré-natal; puericultura; vacinação; curativos; dispensação e administração de medicamentos; visita domiciliar; formação de grupos operativos; vigilância em saúde; controle de tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis, doenças infectocontagiosas em geral, bem como doenças crônicas não transmissíveis e enfermidades relacionadas ao trabalho e ao ambiente¹⁰⁶.

Para a atenção especializada, existem: dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); o Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM), três Centros de Atenção Psicossocial, sendo um Infantil (CAPS-i), um para Álcool e Drogas (CAPS AD) e um CAPS III; Serviços Residenciais Terapêuticos; o Centro Especializado de Doenças Infecto-parasitárias (CEDIP); dois Postos de Atendimento Continuado, o I e o II (PAC-I e PAC-II); um Ambulatório de Gestação de Alto Risco e um Laboratório Municipal funcionando na mesma área física; Farmácia Básica I, II e Farmácia Popular; o Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI); e o Centro Regional de Especialidades (CRE), que funciona em nível de Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP). Em relação aos serviços de atenção às urgências contempla: o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências (SIATE); o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo duas para

atendimento de adultos e uma infantil; e a atenção domiciliar que, integrada às redes de atenção à saúde, visa à continuidade dos cuidados por meio do Programa de Atendimento à Internação Domiciliar (PAID). Além desses, há o Centro de Atendimento Especializado Claudemir Conhaque (CENTRINHO) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Cascavel (APAE), serviços não governamentais conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde¹⁰⁷.

Na rede hospitalar são disponibilizados 958 leitos - 353 conveniados ao Sistema Único de Saúde e 605, tanto privados quanto públicos e filantrópicos, distribuídos em nove hospitais gerais e três especializados¹⁰⁷.

4.3.2 Caracterização do município de Londrina - Paraná

O município de Londrina está localizado na Região Norte do Paraná e abrange uma área territorial de 1.652,568 km² e uma população de 506.701 habitantes - 493.520 destes residentes em perímetro urbano e apenas 13.181 na área rural. Da população total, 65.716 são crianças menores de 10 anos - 32.138 delas estão na faixa inferior a cinco anos de idade, segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Epidemiologia (IBGE)¹⁰⁵. É considerado município polo de uma região essencialmente agrícola, com plantio de grãos de soja, milho e café, constituindo centro regional por concentrar comércio, serviços, agroindústrias e universidades¹⁰⁸.

A Atenção Primária é desenvolvida pela Autarquia Municipal de Saúde, que está estruturada como porta de entrada do SUS em 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) - 12 implantadas em área rural e 39 na área urbana. Nas UBS da área urbana, foram implantadas, desde 2008, dez equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostas de profissionais de diferentes áreas da saúde (Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física, Psicologia). Atuam junto com as ESF, visando ampliar as ações e melhorar os indicadores de saúde. Para tanto, implementam projetos terapêuticos individuais, por meio da gestão de casos clínicos e atendimentos aos usuários adscritos na área. Além dessas, a atenção básica conta com 54 equipes de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal e uma Unidade Móvel de Saúde (UNIMOS) para assistir a população de locais com dificuldade de acesso, que remetem às regiões periféricas com características de APS e que se expandiram com a construção dos conjuntos habitacionais ainda na década de 1980¹⁰⁹.

É pertinente ressaltar que, em Londrina, o processo de organização da atenção à saúde remete ao pioneirismo de experiências locais dessa atenção, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL) e seu curso de Medicina, na implantação de postos de saúde na década de 1970¹¹⁰. Nessa evolução organizacional da saúde, em 1995, Londrina passou de gestão semiplena do Sistema Municipal para gestão plena, o que suscitou a implementação da Saúde da Família como um modelo adotado no processo de organização da APS. Em 2001, a gestão dedicou-se ao desafio de substituir o modelo tradicional por outro que oferecesse atenção integral à saúde, com expansão da Saúde da Família para a área urbana¹¹¹.

Nesse sentido, mesmo com a implantação da ESF como propostas para reorganizar a APS municipal e substituir o modelo tradicional por uma atenção integral, houve a preocupação de incorporar novas práticas sanitárias e preservar os aspectos positivos do modelo anterior, visando superar problemas crônicos como a baixa resolutividade e as limitações de acesso a serviços para grupos de risco e falta de priorização dos problemas enfrentados, evidenciada por demanda reprimida e reclamações¹¹².

Com a implantação da Saúde da Família na área urbana, foi aprovada, em 2001, a Lei municipal nº 8452 que possibilitou a participação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de Enfermagem) no PSF, desde que concordassem com a carga horária de 40 horas semanais. Assim, médicos especialistas passaram a atuar como generalistas, mantendo-se as especialidades Ginecologia e Pediatria nas UBS¹¹³. Nesse contexto, apesar de existirem equipes em todas as unidades de saúde, elas passaram a ser consideradas “mistas”, pelo fato de o modelo em vigor contemplar a proposta tradicional com a ESF^{112: 47}.

Nesse ínterim, a cobertura da ESF passou por uma tendência a declínio entre 2008 e 2011, justificado pelo descredenciamento de equipes com a saída de profissionais médicos¹¹⁴, o que fez com que algumas equipes passassem a atuar apenas com o PACS, contando com enfermeiro, técnico/auxiliar de Enfermagem e ACS¹¹⁵. Porém, em 2012 aumentou para 50,61%¹¹⁶ e, atualmente, de acordo com relatório divulgado em audiência pública de prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde, houve aumento no número de equipes de ESF, em que a cobertura evoluiu de 58% para 63,5%¹¹⁷.

As UBS como porta de entrada objetivam atender à demanda espontânea e à do seu território de responsabilidade com uma assistência integral. Para tanto, ofertam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, realizadas por meio de consultas médicas nas áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia, entre as quais se destacam atendimento ao pré-natal de risco habitual, exame ginecológico, inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU),

pequenos procedimentos cirúrgicos, puericultura, visitas domiciliares e encaminhamentos para outras especialidades diante da situação identificada¹⁰⁹.

Em relação ao atendimento prestado pela equipe de Enfermagem, deve contemplar o acolhimento do usuário, vacinação, curativos, retirada de pontos, acompanhamento a pacientes hipertensos e diabéticos, planejamento familiar, puericultura, coleta de exames, dispensação de medicamentos. Porém, compete ao enfermeiro a consulta de enfermagem a todos os ciclos de vida, além das atividades gerenciais e de supervisão da equipe e da UBS¹⁰⁹. Entre as atividades realizadas, a visita domiciliar e as ações de promoção da saúde e da prevenção de doenças são comuns a todos os profissionais e contemplam do cadastramento da família pelo ACS até as ações de orientação para grupos específicos, e em espaços comunitários¹⁰⁹.

Para a atenção especializada, existem entre os serviços disponibilizados: um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Policlínica Municipal que trabalha com sistema de prontuário informatizado, integrado à rede de unidades de saúde, permitindo maior agilidade no agendamento de consultas para especialistas; Rede de Saúde Mental organizada a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS – III, CAPS-i, CAPS, ad) e Serviços de Atenção Domiciliar.

No que concerne ao serviço hospitalar, o município é constituído de hospitais privados, filantrópicos e públicos de pequeno, médio e grande portes e de clínicas particulares. Conta com 1.889 leitos, privados e públicos, 1.344 disponíveis para atendimento pelo SUS e, desses, 311 para o atendimento materno-infantil do município e da região¹¹⁷.

4.3.3 Caracterização do município de João Pessoa - Paraíba

A cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, localiza-se na região litorânea, com uma área geográfica de 211,475 Km² e uma população de 723.515 habitantes. Desses, 720.785 residem na área urbana, e 2.730, na zona rural. Dentre a população total, 102.706 são crianças menores de 10 anos, 50.294 das quais são menores de cinco anos¹¹⁸.

A atenção à saúde do município está estruturada em redes de atenção básica - especializada e hospitalar. A Secretaria Municipal de Saúde que tem por responsabilidade a gestão plena do SUS no município adota a Educação Permanente em Saúde (EPS) como principal política para integralizar a atenção e reestruturar o sistema de saúde municipal¹¹⁹.

A rede de atenção básica organiza-se de forma descentralizada, demarcada territorialmente por cinco Distritos Sanitários (DS), nos quais estão implantadas, atualmente,

191 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 127 USF. Estas podem ser isoladas, quando só atua uma equipe, ou integradas, quando contemplem de três a quatro equipes compartilhando a mesma estrutura física, onde existem espaços comuns, como as salas de vacinação, curativos, observação, citológico, esterilização e inalação, e ambientes privados, como os consultórios médico, de enfermagem e odontologia, salas para administração e para o ACS, de acordo com as portarias 340 de 04/04/2013 e 1.903 de 04/09/2013¹²⁰⁻¹²¹. Ainda contempla uma equipe do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dez equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma Unidade Básica de Saúde e quatro Centros de Saúde. Nessa conjuntura, a cobertura atual da ESF em João Pessoa é de 87,36%¹²².

O processo de trabalho das equipes que atuam com ESF abrangem em suas atividades consultas médicas, de enfermagem e odontologia para os diversos grupos prioritários e ações programáticas, como atenção a hipertensos, diabéticos, pré-natal, puericultura, prevenção aos cânceres de colo de útero e mama, planejamento familiar, atenção à hanseníase e à tuberculose, além dos atendimentos por demanda espontânea. Essas consultas podem ser individuais e coletivas, realizadas no âmbito da unidade ou em espaços comunitários como domicílios, escolas, igrejas e associações, e contemplam também atividades de educação em saúde e procedimentos de enfermagem como imunizações, curativos, verificação de sinais vitais, administração de medicamentos e coleta de amostras para exames laboratoriais¹²³.

A rede de atenção especializada é constituída por três Centros de Atenção Integral à Saúde Especializada (CAIS), um Centro de Atenção integral à Saúde do Idoso (CAISI), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/AIDs, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um infanto-juvenil (CAPSI); quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e seis farmácias populares.

A rede hospitalar municipal dispõe de quatro hospitais: o Complexo Hospitalar Mangabeira Tarcísio Burity (Ortotrauma), o Instituto Cândida Vargas (ICV), o Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI) e o Hospital Valentina Figueiredo (HVF), além de alguns hospitais da rede privada, que atendem através de contrato com o município. Dispõe de uma capacidade instalada de mais de 550 leitos clínicos e 86 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e isolamento, responsáveis pelo atendimento de todos os usuários do SUS que porventura necessitem de intervenções de média e alta complexidades. Ademais, atende a uma demanda de cerca de 50% de usuários de regiões circunvizinhas e até mesmo de outros estados¹²⁴.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças, com idades até nove anos, onze meses e vinte e nove dias, atendidas nas UBS tradicionais, nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nas UBS com a Estratégia Saúde da Família (ESF), aqui consideradas como UBS mistas, num período de seis meses anteriores à etapa de coleta de dados, definido entre julho e dezembro de 2011.

Inicialmente, procedeu-se a um levantamento do quantitativo de crianças atendidas nas referidas unidades, por meio de pesquisas nas fontes de informação de cada estado. No Paraná, foi utilizado o Programa de Tabulação de dados no Windows (TabWin), e na Paraíba, o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Contudo, a inclusão das crianças com idade inferior a 10 anos se deu pelo fato de as referidas fontes apresentarem formas de registro e processamento dos dados agrupados por faixas etárias distintas, visto que, no programa TabWin, inclui-se até a faixa etária de cinco a nove anos incompletos, enquanto, no SIAB, a estratificação é por menor de um ano - de um a quatro anos, de cinco a nove e de dez a quatorze anos. Diante disso, definiu-se como ponto de corte para a idade amostral, crianças com até nove anos, onze meses e vinte e nove dias.

O número de atendimentos registrados no período de julho a dezembro de 2011, nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais de Cascavel, foi de 34.369; em Londrina, foram 38.138 atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde com ESF ou UBS mista; e em João Pessoa, foram atendidas 21.486 crianças nas Unidades de Saúde da Família do DS III. De posse desses dados, foi calculado o tamanho da amostra por município. Para isso, utilizou-se a amostragem probabilística estratificada, o que resultou em 1501 participantes. Foi adotada uma margem de erro de 2,51% e nível de confiança de 95% para a população total de 94.014 crianças atendidas nos três municípios. Posteriormente, a amostra passou por uma partilha proporcional, de acordo com o número de crianças atendidas nas UBS tradicionais, na USB mista e na USF do DS III. No entanto, considerando que, no município de Cascavel, o modelo de atenção predominante é a UBS tradicional, excluíram-se da amostra as Unidades de Saúde da Família, o que resultou em uma amostra total final de 1.484 participantes, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Composição da amostra em relação à população do estudo nos municípios de Cascavel - PR, Londrina - PR e João Pessoa - PB.

Municípios	População (N)	Amostra (n)	Amostra final (n)
Cascavel	34 369	548	531
Londrina	38 138	609	609
João Pessoa	21 486	344	344
TOTAL	94 014	1501	1484

Fonte: TabWin e SIAB, 2011

A amostra foi estratificada como segue:

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

N : tamanho da população

n_h : tamanho do estrato amostral

n : tamanho da amostra.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo familiares (mães, pais) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de dez anos, residentes no perímetro urbano de abrangência das unidades de saúde dos referidos municípios, bem como aqueles que, mesmo fora da área de territorialização adscrita no município de Cascavel, utilizavam aquele serviço por opção. Contudo, deveriam apresentar também condições de responder ao instrumento de coleta, como capacidade de entender, expressar e compreender as questões e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A, B e C). O respondente deveria conhecer a unidade que iria avaliar, e o principal familiar e/ou cuidador da criança deveria ser o que acompanhou no atendimento naquela unidade por, pelo menos, duas vezes, antecipadamente à em que estava aguardando.

Foram excluídos do estudo os familiares de crianças procedentes de outro município dos respectivos estados pesquisados ou da área rural, e familiares e/ou cuidadores que utilizavam esporadicamente a unidade para finalidades específicas, como imunização, pois não conheciam o serviço como um todo.

4.6 COLETA DE DADOS

4.6.1 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. Para tanto, foram utilizados dois instrumentos: um questionário estruturado acerca dos dados socioeconômicos e demográficos das famílias e/ou cuidadores das crianças (APÊNDICE D) e o *Primary Care Assessment Tool* - PCATool ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool - Brasil na versão criança, para avaliar a orientação à APS (ANEXO C).

A aplicação dos instrumentos empregados no estudo foi realizada, posteriormente a uma oficina preparatória com todos os entrevistadores envolvidos no projeto, alunos de graduação dos Cursos de Enfermagem e Medicina, da Pós-graduação lato sensu em saúde pública, em nível Mestrado e Doutorado, das respectivas instituições participantes da pesquisa, bem como integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e Adolescente (GEPSCA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a fim de habilitá-los a aplicar o PCATool – Brasil, na versão criança, que foi embasada no Manual do Ministério da Saúde lançado em 2010¹⁰⁰.

A coleta dos dados foi realizada nas salas de espera das unidades de saúde que compõem o cenário de realização deste estudo, respeitando-se os dias e os horários reservados ao atendimento de crianças e a disponibilidade das entrevistadoras. A seleção dos participantes foi não probabilística, por conveniência, na fila de espera para consulta médica ou de puericultura. Inicialmente era convidado para ser entrevistado o último familiar e/ou cuidador da fila de espera e, caso esse não aceitasse, convidava o imediatamente anterior, e assim sucessivamente, até completar a cota amostral estabelecida para aquela unidade.

A aplicação dos instrumentos aconteceu depois que o estudo foi apresentado ao familiar ou cuidador respondente que, depois de contemplar os critérios de inclusão, deveriam ratificar o seu interesse em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A, B, C).

4.6.2 Instrumentos de coleta de dados

O questionário socioeconômico e demográfico das famílias e/ou cuidadores das crianças foi constituído pelas variáveis: número de filhos; intervalo entre partos; cuidador principal da criança; idade e anos completos de estudo do cuidador principal; situação

conjugal dos pais; anos completos de estudo e ocupação do pai e da mãe; renda familiar aproximada; número de pessoas que contribuíam para a renda e o principal responsável por ela; quantas pessoas dependiam desta renda; eletrodomésticos existentes no lar; tipo e situação de moradia; característica da área e da rua onde moram; número de cômodos; abastecimento de água; rede de esgoto; eletricidade doméstica; coleta de lixo e meio de transporte mais utilizado pela família.

O Instrumento de avaliação da Atenção Primária - PCATool - Brasil na versão criança, já validado no Brasil¹²⁵, destaca-se como instrumento para avaliar a qualidade, a extensão e a efetividade da atenção ofertada pelos modelos de APS, tendo em vista sua ampla dimensão avaliativa sob a ótica de usuários e profissionais dos serviços. É reconhecido como o único com desempenho satisfatório na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de medir os aspectos de estrutura e processo¹²⁶, portanto, é indicado pelo Ministério da Saúde para avaliar e monitorar a qualidade da atenção primária¹⁰⁰.

O PCATool foi elaborado por Starfield e colaboradores¹²⁷⁻¹²⁸ e alicerçado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde indicado por Donabedian, que considera aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços. Esse instrumento está organizado em três versões autoaplicáveis destinadas a avaliar a atenção à criança, a adultos com mais de 18 anos e a profissionais de saúde/coordenador/gerente do serviço de saúde. São elas: PCATool - versão criança, PCATool - versão adulto e PCATool - versão profissionais de saúde.

No Brasil, para utilizar esse instrumento, as versões originais foram ajustadas a partir dos processos de tradução, adaptação e validação, além da análise de confiabilidade, chegando a uma conformação aplicável a esta realidade¹⁰⁰. A versão criança do PCATool - Brasil está estruturada em 55 itens, organizados em dez componentes relacionados aos atributos da APS e identificados pelas letras de A a J. Desses, três mensuram o grau de afiliação do usuário com o serviço (A), 45 correspondem aos atributos essenciais (B - H) e sete, aos atributos derivados (I - J). Na avaliação dos atributos essenciais, seus componentes estão relacionados à estrutura e ao processo de atenção, em que se destaca o atributo longitudinalidade, cujo componente estrutural é o grau de afiliação, como mostra o Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Relação dos atributos e grau de afiliação com os componentes avaliados no PCATool - Brasil na versão criança

Atributo/Grau de afiliação		Componente da avaliação	Itens
Grau de Afiliação (A)		Estrutura	A1, A2, A3
Atributos Essenciais	Acesso de primeiro contato - Utilização (B)	Processo	B1, B2, B3
	Acesso de primeiro contato - Acessibilidade (C)	Estrutura	C1, C2, C3, C4, C5, C6
	Longitudinalidade (D)	Processo	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14
	Coordenação - Integração de cuidados (E)	Processo	E2, E3, E4, E5, E6
	Coordenação - Sistema de informação (F)	Estrutura	F1, F2, F3
	Integralidade - Serviços disponíveis (G)	Estrutura	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9
	Integralidade - Serviços prestados (H)	Processo	H1, H2, H3, H4, H5
Atributos Derivados	Orientação familiar (I)		I1, I2, I3
	Orientação comunitária (J)		J1, J2, J3, J4

No instrumento, as respostas são enunciadas por meio da escala de *Likert*, cujos valores variam de um a quatro para cada item que compõe o atributo, assim distribuídos; 1 “com certeza não”; 2 “provavelmente não”; 3 “provavelmente sim”; 4 “com certeza sim” e, além desses, o valor 9, para as respostas “não sei/não lembro”. Das médias desses valores atribuídos pelos usuários dos serviços a cada item, resultam os escores de cada atributo avaliado.

4.6.3 Variáveis do estudo

Para avaliar as características socioeconômicas e demográficas, foram utilizadas as variáveis descritas no primeiro instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D) apresentadas na subseção anterior. Em relação ao instrumento PCATool – Brasil, versão criança, as variáveis que o compõem são: grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária. Para aferir o grau de orientação, foram consideradas as variáveis ‘respostas ou desfechos’ denominadas de escores essencial e geral da APS, resultantes da combinação dos atributos essenciais e do grau de afiliação, e dos atributos essenciais, derivados e do grau de afiliação, respectivamente.

Vale ressaltar que embora cada atributo tenha questões distintas para serem avaliadas, a presença dos quatro atributos essenciais dá ao serviço a característica de provedor de atenção primária à saúde da população, ao mesmo tempo em que a existência dos atributos derivados indica que este serviço aumentou o seu poder de interagir com o indivíduo e a comunidade, portanto, é capaz de prover atenção integral à população nos aspectos biopsicossociais¹⁰⁰. No entanto, é necessário explicar que, entre os atributos derivados, o grau de competência cultural não foi considerado na versão brasileira por não ser representativo no processo de validação do instrumento no contexto do país¹²⁵.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em dupla entrada com checagem das planilhas para validação do processo, armazenados através do programa Excel versão 7.0 da Microsoft®. Para análise das variáveis, as informações contidas nas bases de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) - versão 13.0, formalizando-se dois arquivos de dados (arquivos.sav - SPSS) e obtenção do banco de dados geral (BDados_Geral.sav), contendo as informações dos dois instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa.

A análise foi realizada quantitativamente, de acordo com as orientações estabelecidas no Manual do instrumento PCATool - Brasil versão Criança, divulgado pelo Ministério da Saúde (ANEXO C). Inicialmente, inverteram-se os valores da escala tipo *Likert* (4=1, 3=2, 2=3 e 1=4) atribuídos aos itens C2, C4, C5 e D10. Nesta inversão, quanto menor o valor atribuído, maior grau de orientação. Na sequência, quando a soma das respostas em branco (*missing*) com respostas “não sei/não lembro” atribuídas pelo entrevistado a um atributo correspondeu a 50% ou mais do total de itens dos componentes B a J, esse escore não foi calculado, indicando que o participante não contabilizou na avaliação do atributo, e no banco de dados, ficou em branco. Contudo, quando a soma das respostas em branco com as respostas “não sei/não lembro” foi menor que 50% do total de itens, o valor correspondente “9” foi transformado em “2” (provavelmente não), pontuando negativamente algumas características do serviço que não foram reconhecidas pelo entrevistado¹⁰⁰.

Para analisar o “grau de afiliação” da família e/ou cuidador da criança com o serviço, no sentido de identificar o serviço ou profissional de saúde que serviu como referência para os cuidados dispensados à criança, realizou-se um cálculo utilizando-se o seguinte algoritmo relacionado às questões contidas no início do instrumento (A1, A2, A3):

- Todas as respostas NÃO:

$A1 = A2 = A3 = 0$, então o 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 atributos foram analisados conforme o cálculo dos escores médios de cada um, elaborado a partir da média dos valores das respostas dos itens relacionados a cada atributo. Exemplo: o atributo Acesso de primeiro contato - Utilização é composto de três itens (B1, B2, B3), logo, o seu escore é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore médio} = (B1+B2+B3) / 3$. Dessa forma, foi realizado o cálculo para os demais atributos que compõem o instrumento.

A partir disso, os escores médios relacionados a cada atributo foram transformados em uma escala contínua de 0 a 10, utilizando-se a seguinte fórmula: $\text{Escore ajustado} = (\text{Escore obtido} - 1) \times 10 / 3$. Posteriormente, foi calculado o Escore Essencial da APS, que corresponde à soma do escore médio dos atributos essenciais mais o Grau de afiliação, como segue: $\text{Escore Essencial} = (A+B+C+D+E+F+G+H) / 8$. O Escore Geral da APS refere-se ao cálculo dado pela soma do escore médio dos atributos essenciais e derivados mais o Grau de afiliação: $\text{Escore Geral} = (A+B+C+D+E+F+G+H+I+J) / 10$.

Desse modo, os valores de escores $\geq 6,6$ foram definidos como elevados, o que significa orientação à APS, pois correspondem a respostas com valores de 3 ou mais na escala tipo *likert* do PCAtool, ou seja, “provavelmente sim”. Para os valores de escore $< 6,6$, foram considerados baixos, o que demonstra que o serviço não está orientado à APS¹⁰⁰.

Para verificar o perfil socioeconômico e demográfico das famílias e/ou cuidadores das crianças, em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística descritiva com elaboração de tabelas de frequências simples (absoluta e percentual).

Quanto à comparação dos escores dos atributos entre os diferentes modelos de APS (UBS, ESF e UBS mistas) para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significantes entre eles foi empregado o teste de *Kruskal-Wallis*, uma análise de variância

(ANOVA) *one way* não paramétrica, tendo em vista que eles não atenderam as pressuposições de normalidade dos dados (teste de Kolmogorov-Smirnov) e à igualdade de variância que são necessárias para aplicar a ANOVA paramétrica. Associado a esse teste, foi aplicado outro, o teste de comparação múltipla (*post hoc*) de *Dunnnett* para apontar em quais modelos houve diferença significativa.

Para avaliação do modelo mais orientado à Atenção Primária à Saúde da criança, foi empregada a ANOVA *one way* paramétrica para identificar diferença estatisticamente significativa entre eles, seguida do teste de comparação múltipla (*post hoc*) de *Tukey* para apontar em quais modelos houve diferença significativa.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida em consonância com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹²⁹. Considerando que essa pesquisa é parte de um projeto multicêntrico, e adotou o ditame emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste do Paraná - UNIOESTE - Cascavel, instituição proponente do estudo, com certidão de aprovação nº 044/ 2012, de 26 de abril de 2012 (ANEXO E). Com a autorização formal das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios do estudo, mais a instância administrativa denominada Distrito Sanitário III, de João Pessoa, na Paraíba, por meio da assinatura do termo de aceite do responsável pelo campo de estudo, foi possível iniciar a coleta de dados.

O pesquisador responsável e os colaboradores envolvidos assinaram o termo de compromisso de uso de dados em arquivos e se comprometeram em preservar a privacidade dos usuários em relação as informações utilizadas para a execução do projeto em questão e só divulgá-las de forma anônima, sem usar iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos da pesquisa.

Para todos os sujeitos participantes da pesquisa, foi apresentado o TCLE (APÊNDICES A, B e C), que contemplou o objetivo da pesquisa, a forma como seria realizada e informações acerca do direito de desistirem de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano para eles e as crianças.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa em tela serão apresentados e discutidos em três artigos originais, elaborados conforme os objetivos propostos. O primeiro, intitulado “Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança em distintos modelos de cuidado” objetivou avaliar qual modelo de atenção é mais orientado à Atenção Primária à Saúde da criança, considerando a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Este foi submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública.

O segundo intitula-se “Orientação familiar e comunitária nos modelos de atenção à saúde da criança” e teve como objetivo avaliar os atributos orientação familiar e orientação comunitária segundo três modelos de Atenção Primária à Saúde da criança. Foi submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem.

O terceiro artigo, intitulado “Acesso de primeiro contato na atenção à criança em diferentes modelos de atenção primária à saúde” teve como objetivo avaliar, numa perspectiva comparada, a orientação dos modelos de Atenção Primária à Saúde sob o foco do acesso de primeiro contato na atenção à criança. Será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP.

5.1 ARTIGO ORIGINAL 1*

Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança em distintos modelos de cuidado[‡]

Presence and extent of the child's Primary Health Care attributes in distinct models of care

Presencia y extensión de los atributos de Atención Primaria a la Salud del niño en distintos modelos de cuidado

Atributos da Atenção Primária à Saúde da criança

Primary Care Attributes to the Child's Health

Atributos de la Atención Primaria a la Salud del niño

Resumo

Estudo transversal que objetivou avaliar qual modelo de atenção é mais orientado à Atenção Primária à Saúde da criança, considerando a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados. Foram entrevistados 1484 familiares e ou cuidadores de crianças menores de 10 anos de idade cadastradas nas Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Unidades Básicas de Saúde mistas, a partir do *Primary Care Assessment Tool* Brasil, versão criança. Para análise utilizou-se o teste ANOVA *one way* paramétrica para identificação de diferença estatisticamente significativa entre os modelos de atenção, seguida do teste de comparação múltipla (*post hoc*) de *Tukey* para apontar qual modelo apresentava diferença. A Unidade Básica de Saúde mista revelou ser o modelo mais orientado à Atenção Primária à Saúde no cuidado à criança, o que possivelmente se deve à soma de potencialidades dos demais modelos que, integrados em uma mesma estrutura, podem contribuir para melhoria no processo de trabalho das equipes e na oferta de cuidados à população infantil.

Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Avaliação de Serviços de Saúde

* Artigo submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública (Normas - Anexo F) (Comprovante - Anexo G)

[‡] Artigo resultante de Tese de Doutorado da autora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos. Título: Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: análise comparada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2016.

Abstract

This cross-sectional study aimed to assess which is the most oriented care model for the Child's Primary Health Care by considering the presence and the extent of the essential and derived attributes. A total of 1.484 family members or caregivers of children under 10 years enrolled in the Family Health Units, Basic Units of Traditional Health and mixed Basic Health Units, from the Primary Care Assessment Tool - Brazil, child version, were interviewed. The one-way ANOVA parametric test was used for analyzing and identifying statistically significant differences between the models of care followed by Tukey's multiple comparison test (Post-hoc analysis) to point out which model presented difference. The mixed Basic Health Unit revealed to be the most oriented model to Primary Health Care in child care, which is possibly due to the sum of capabilities of the other models that, integrated into a single structure, can contribute to improving the work process of the teams and the provision of care to the child population.

Primary Health Care; Child's Health; Assessment of health services.

Resumen

Estudio transversal objetivó evaluar qué modelo de atención es más orientado a la Atención Primaria a la Salud del niño, considerando presencia y extensión de los atributos esenciales y derivados. Entrevistamos 1.484 familiares y/o cuidadores de niños menores de 10 años de edad registrados en las Unidades de Salud de la Familia, Unidades Básicas de Salud tradicional y Unidades Básicas de Salud mistas, desde el *Primary Care Assessment Tool* Brasil, versión infantil. Utilizamos dos testes: ANOVA *one way* paramétrica para identificación de diferencia estadísticamente significativa entre los modelos de atención y el de comparación múltiple (*post hoc*) de *Tukey* para registrar cuál modelo se diferenciaba. La Unidad Básica de Salud mista se reveló como el modelo más orientado a la Atención Primaria a la Salud en el cuidado al niño, a lo mejor, por causa de la suma de potencialidades de los demás modelos que, integrados en una igual estructura, pueden contribuir a la mejoría en el proceso de trabajo de los equipos y en la oferta de cuidados a la población infantil.

Descriptores: Atención Primaria a la Salud; Salud del Niño; Evaluación de servicios de salud.

Introdução

A atenção à saúde da criança vem passando por transformações em função da mudança de perfil epidemiológico dessa população, dos avanços científicos, da incorporação de tecnologias, e da constante mudança nos modelos assistenciais, com apelo para a preocupação com a qualidade de vida e a defesa dos direitos humanos ¹.

Por isso, e também diante da maior vulnerabilidade em seu processo de crescimento e desenvolvimento, a criança é considerada uma prioridade nas políticas públicas de saúde. Estas vêm evoluindo com foco na consolidação de uma assistência integral, por meio da oferta de ações e serviços de prevenção e promoção à saúde em consonância com a Atenção Primária à Saúde (APS), buscando garantir a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis e sua sobrevivência com qualidade de vida ².

Todavia, apesar do cuidado à criança buscar promover o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento a partir da interação entre serviços-profissionais-família-comunidade, e um agir compartilhado frente à implementação das ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde infantil ³, ainda é possível se deparar com um cuidado descoordenado, com ações fragmentadas e pouco resolutivas frente às demandas de saúde da criança e sua família, o que dificulta a integralidade do cuidado na APS ⁴.

Por conseguinte, torna-se necessário refletir acerca do acesso e da oferta de serviços na rede de atenção à saúde, a valorização de tecnologias leves de cuidado, representadas pelo vínculo, o acolhimento e humanização, como elementos essenciais para a reformulação do espaço micropolítico do processo de trabalho e das práticas de saúde ² em prol de um cuidado integral, efetivo e de qualidade à criança na atenção primária. Para tanto, o modelo de atenção à saúde precisa estar orientado por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais e derivados da APS ^{5,6}.

Constituem atributos essenciais, o acesso de primeiro contato (acessibilidade e uso do serviço de saúde para acompanhamento rotineiro ou a cada novo problema), longitudinalidade (existência de um aporte regular de atenção de modo contínuo, incluindo uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre usuários e profissionais), integralidade (prestação de um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação pelas unidades de saúde ou encaminhados por elas, de modo a atender as necessidades de saúde da população adscrita), e coordenação (garantia da continuidade da atenção e reconhecimento dos problemas que necessitam de seguimento constante, bem como

das informações a respeito de problemas e serviços anteriores que estão relacionadas às necessidades para o presente atendimento)⁷.

Como atributos derivados, e não menos importantes, pois qualificam as ações implementadas na APS, estão a orientação familiar (considera a família como sujeito da atenção com potencialidades para o cuidado) e orientação comunitária (reconhecimento das necessidades apresentadas pelas famílias em função do contexto geoeconômico e sociocultural em que vivem)⁷.

Esses atributos representam importantes indicadores de qualidade da atenção básica, servindo para analisar as potencialidades de diferentes modalidades presentes nos serviços de saúde. Permitem identificar o grau de orientação dos modelos de atenção à APS, possibilitando o cotejamento dos mesmos acerca da qualidade da atenção ofertada e sua efetividade diante das necessidades de saúde do indivíduo e da população⁸. Destaca-se aqui a população infantil pelas singularidades a serem consideradas pelos profissionais no cuidado ofertado à criança na APS.

No Brasil, a APS passou a apresentar impacto positivo no sistema de saúde a partir da década de 90, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta de mudança do modelo hegemônico-médico-curativista para um modelo centrado na atenção à família, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF). Esse impacto pode ser evidenciado pela associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento na efetividade dos sistemas de saúde, com melhoria de indicadores de saúde como redução da mortalidade infantil⁹ e hospitalizações por causas evitáveis em crianças¹⁰, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, na utilização de práticas preventivas de cuidado e satisfação dos usuários, além da diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços, e tratamento mais efetivo de condições crônicas com melhoria no estado geral de saúde da população^{5,11-12}.

Nesse sentido, a ESF, porta de entrada prioritária do sistema de saúde constitucionalmente fundada para reestruturação da APS em consonância com os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se relevante na vigilância da saúde infantil. Assim, a USF constitui cenário adequado para as ações preconizadas pela diretriz governamental denominada *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, que abrangem a promoção do nascimento saudável, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, e vigilância à saúde das crianças de maior risco com foco na atenção as doenças prevalentes¹³.

Compromissos esses recentemente reafirmados pela portaria 1.130 do Ministério da Saúde, que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) ¹⁴.

Contudo, no cenário brasileiro, além das Unidades de Saúde da Família (USF) que direcionam ações e práticas para o cuidado à criança em busca da atenção integral, coexistem outros modelos de APS: as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e as consideradas aqui como UBS mistas. As UBS tradicionais concentram a assistência à saúde na figura do médico, e as unidades mistas articulam diferentes modelos na USF ¹⁵.

Estudo realizado no Paraná ¹⁶ que comparou à presença e extensão dos atributos da APS no atendimento de crianças entre o modelo assistencial de UBS tradicional e com ESF evidenciou que esta se aproxima mais dos princípios da APS, embora tenha constatado limitações em ambos os modelos. Isso abre espaço para outras produções científicas que venham propiciar avaliações mais amplas, com cotejos regionais acerca do desempenho da APS como propósito para aperfeiçoar a assistência em todo o território brasileiro.

Ante o exposto, o objetivo deste artigo é de avaliar qual modelo de atenção é mais orientado à Atenção Primária à Saúde da criança, considerando a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS.

Métodos

Estudo transversal e avaliativo, de abordagem quantitativa, realizado no período de outubro de 2012 a fevereiro de 2013 em unidades de Atenção Primária à Saúde em três municípios do Brasil, sendo dois na região Sul, Cascavel e Londrina, Paraná, e um na região Nordeste, João Pessoa, capital do estado da Paraíba. Quanto aos serviços de atenção primária, na época da coleta de dados Cascavel contava com 22 Unidades Básicas de Saúde tradicionais; Londrina com 40 UBS tradicionais junto com Unidades de Saúde da Família ¹⁷, aqui denominadas UBS mistas; e João Pessoa, 53 Unidades de Saúde da Família no Distrito Sanitário III (DS III).

A escolha pelos cenários se deu ponderando que a implantação dos modelos de atenção está direcionada à população de baixa renda e com maior vulnerabilidade social, podendo estes, serem considerados indicadores de homogeneidade da amostra e controle de vieses. Além disso, o DS III é o maior dos distritos da rede de atenção básica de João Pessoa, com cobertura de 90,5% das famílias adscritas naquela área, com equivalência de equipes quando comparado aos demais municípios.

A população estudada foi constituída por familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de 10 anos de idade, atendidas nas referidas unidades, num período de seis meses anteriores à coleta de dados. Com base no número de atendimentos registrados às crianças, distribuídos entre os três municípios, foi estabelecida uma amostra de 1.484 participantes, por amostragem probabilística estratificada proporcional, adotando-se uma margem de erro de 2,51% e nível de confiança de 95%, sendo, 531 participantes em Cascavel; 609 em Londrina; e 344 em João Pessoa.

Para seleção dos participantes, utilizou-se a amostragem não probabilística, por conveniência na fila de espera para atendimento, sendo convidado do último familiar e/ou cuidador da criança para o imediatamente anterior, e assim sucessivamente, até completar a cota amostral estabelecida para cada unidade. Foram incluídos familiares e/ou cuidadores residentes na área urbana dos municípios, que apresentaram capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados. Desse modo, o participante deveria conhecer a unidade que iria avaliar sendo incluído aquele que levou a criança para atendimento por, pelo menos, duas vezes, anteriores àquela na qual aguardava atendimento.

Para coleta de dados, utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool versão criança¹⁸, já validado no Brasil¹⁹. Este contém questões organizadas em componentes que avaliam a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, identificados pelas letras de A a J, que mensuram o grau de afiliação do usuário com o serviço (A), aferem os atributos essenciais (B - H) e mensuram os atributos derivados (I - J). No instrumento, as respostas são enunciadas por meio da escala tipo *Likert*, cujos valores variam de um a quatro para cada item que compõe o atributo, correspondendo a 1 “com certeza não”; 2 “provavelmente não”; 3 “provavelmente sim”; 4 “com certeza sim” e, além desses, o valor 9, para as respostas “não sei/não lembro”²⁰. A aplicação do instrumento foi realizada nas salas de espera das unidades de saúde referentes a cada município seguindo as recomendações éticas para pesquisa com seres humanos.

Para avaliação do grau de orientação dos diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde da criança utilizou-se o referencial de Starfield⁶, baseado nos atributos essenciais e derivados da APS, calculados segundo as orientações do Manual do instrumento PCATool-Brasil, versão criança¹⁸. A partir do cálculo dos escores de cada atributo, chegou-se ao escore essencial da APS obtido pela soma do escore médio dos atributos essenciais mais o grau de afiliação: $\text{Escore Essencial} = (A+B+C+D+E+F+G+H) / 8$, e o escore geral da APS, pela soma do escore médio dos atributos essenciais e derivados mais o grau de afiliação: $\text{Escore Geral} = (A+B+C+D+E+F+G+H+I+J) / 10$. Os escores alcançados para cada componente foram

transformados em escore ajustado numa escala de 0 - 10, seguindo a fórmula: $\text{Escore ajustado} = (\text{Escore obtido} - 1) \times 10 / 3$. Nessa transformação, foram definidos como valores elevados ou satisfatórios os escores $\geq 6,6$ e baixo ou insatisfatório os escores $< 6,6$, indicando que a presença e extensão dos atributos ou oferta destes pelos diferentes modelos de APS pesquisados refletem a qualidade da atenção ofertada.

Para armazenamento, processamento e análise, os dados foram digitados em dupla entrada com validação do processo, utilizando-se o programa Excel versão 7.0 da Microsoft® e o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Para comparação dos escores dos atributos entre os modelos de APS e avaliação da existência de diferenças estatisticamente significantes foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* (ANOVA *one way* não paramétrica), visto que os mesmos não atenderam as pressuposições de normalidade dos dados e igualdade de variância, necessárias para aplicação da ANOVA paramétrica. Associado a esse, foi aplicado o teste de comparação múltipla (*post hoc*) de *Dunnett* para identificação do modelo que apresentava a diferença.

Para avaliação do modelo mais orientado à Atenção Primária à Saúde da criança, utilizou-se o teste ANOVA *one way* paramétrica para identificação de diferença estatisticamente significativa entre os mesmos, seguida do teste de comparação múltipla (*post hoc*) de *Tukey* para apontar qual modelo apresentava diferença.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/12, sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Oeste do Paraná – UNIOESTE com anuência das Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa, na Paraíba e, Cascavel e Londrina, no Paraná. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os familiares e ou cuidadores das crianças atendidas nos referidos modelos de APS.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os escores essencial e geral da APS. Quanto ao escore essencial, nos três modelos (Unidade Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Unidade Básica de Saúde mista) o valor foi $\geq 6,6$, enquanto que no escore geral o valor foi superior apenas para a UBS mista (escore 6,7). Todavia, após comparação, pode-se observar diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os três modelos para o escore essencial, e entre UBS mista e os outros dois modelos quanto ao escore geral, ambos com a diferença favorável ao modelo de UBS mista, com escore médio 7,1 e 6,7, respectivamente.

Tabela 1

Avaliação do escore essencial e geral da Atenção Primária à Saúde em diferentes modelos de atenção.

Escores da Atenção Primária à Saúde (APS)	Modelos de Atenção Primária à Saúde	n válido	Escore Médio	Escore Mediano	Erro Padrão	valor-p*
Escore Essencial**	USF	344	6,6***	6,7	0,07	<0,001
	UBS	531	6,8****	6,9	0,05	
	UBS mista	609	7,1*****	7,2	0,05	
Escore Geral**	USF	344	6,4***	6,5	0,08	<0,001
	UBS	531	6,4***	6,4	0,05	
	UBS mista	609	6,7****	6,8	0,05	
	UBS	531	6,4***	6,4	0,05	
	UBS mista	609	6,7****	6,8	0,05	

*ANOVA *one-way* paramétrica, resultados significativos valor-p < 0,05; **Teste de comparações múltiplas (post hoc) de Tukey (escores com ***=*** indicam subconjuntos homogêneos, com médias que não diferem estatisticamente entre si; escores com ***≠***≠*** indicam subconjuntos heterogêneos, com médias diferentes estatisticamente entre si.

USF: Unidade de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde tradicional; UBS mista: Unidade Básica de Saúde mista.

Em relação aos atributos da APS, a Tabela 2 mostra a comparação entre os escores dos atributos essenciais e derivados, apresentados pelos modelos USF, UBS e UBS mista. Inicialmente, observou-se que apenas os atributos grau de afiliação, acesso de primeiro contato - utilização, e coordenação - sistema de informação, apresentaram forte presença e extensão nos três modelos de APS, ou seja, valores satisfatórios (escore $\geq 6,6$). O atributo coordenação - integração de cuidados foi superior ao ponto de corte nos modelos de UBS e UBS mista, e integralidade - serviços disponíveis e serviços prestados foram alcançados somente pelo modelo de UBS mista.

Quanto aos atributos acesso de primeiro contato - acessibilidade, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária, os três modelos obtiveram escore inferior a 6,6. Entretanto, destaca-se que no modelo de USF, coordenação - integração de cuidados e longitudinalidade se aproximaram do ideal, com escore 6,5 (Tabela 2).

Na comparação entre os escores médios dos atributos, houve diferença estatisticamente significativa entre USF, UBS e UBS mista para quase todos os atributos, exceto para acesso de primeiro contato - utilização. Contudo, entre os atributos que apresentaram diferença estatisticamente significativa, esta foi favorável ao modelo UBS mista para a maioria dos atributos: grau de afiliação (8,3), coordenação - integração de cuidados (7,5), integralidade - serviços disponíveis (6,7) e serviços prestados (6,9) (Tabela 2).

Tabela 2

Avaliação dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde da criança em diferentes modelos de atenção.

Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS)	Modelos de Atenção Primária à Saúde	n válido	Escore Médio	Escore Mediano	Erro Padrão	valor-p*
Grau de afiliação**	USF	344	8,0	10	0,16	<0,001
	UBS	531	7,6***	10	0,12	
	UBS mista	609	8,3****	10	0,10	
Acesso de primeiro contato - Utilização	USF	343	8,3	10	0,12	0,969
	UBS	530	8,5	10	0,08	
	UBS mista	608	8,5	8,9	0,08	
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade**	USF	342	5,0***	5,0	0,13	0,014
	UBS	526	5,6****	6	0,12	
	UBS mista	580	5,2***	6,7	0,12	
Longitudinalidade**	USF	343	6,5****	6,7	0,08	<0,001
	UBS	531	5,8***	6,0	0,07	
	UBS mista	609	6,3****	6,7	0,06	
Coordenação - Integração de Cuidado**	USF	96	6,5***	8,0	0,35	0,034
	UBS	154	7,0	8,0	0,27	
	UBS mista	177	7,5****	10	0,23	
Coordenação - Sistemas de Informação**	USF	344	7,5***	7,8	0,11	<0,001
	UBS	531	7,8****	7,8	0,07	
	UBS mista	602	7,6	7,0	0,09	
Integralidade - Serviços Disponíveis**	USF	282	5,2***	5,6	0,10	<0,001
	UBS	436	6,0****	6,7	0,11	
	UBS mista	499	6,7*****	7,0	0,09	
Integralidade - Serviços Prestados**	USF	343	5,3***	6,0	0,19	<0,001
	UBS	526	6,1****	6,7	0,15	
	UBS mista	600	6,9*****	7,0	0,13	
Orientação familiar**	USF	341	5,3****	5,6	0,16	<0,001
	UBS	526	4,4***	4,4	0,14	
	UBS mista	603	5,0****	3,3	0,13	
Orientação comunitária**	USF	241	5,8****	5,8	0,19	<0,001
	UBS	398	4,9***	5,0	0,15	
	UBS mista	496	5,9****	6,7	0,13	

*Teste de *Kruskal-Wallis* (ANOVA *one-way* não paramétrica), resultado significativo valor-p < 0,05; **Teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunnnett* (subconjuntos homogêneos – escores médios não diferem estatisticamente entre si ***=***; subconjuntos heterogêneos – escores médios diferentes estatisticamente entre si ***≠***≠****≠*****).

USF: Unidade de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde tradicional; UBS mista: Unidade Básica de Saúde mista.

Discussão

A análise dos resultados permitiu identificar que o modelo de UBS mista, quando comparado aos demais, apresentou diferença estatisticamente significativa superior para a maioria dos atributos e também para o escore essencial, e foi o único com escore geral orientado à APS.

Esse dado merece atenção de todos os envolvidos no processo de cuidado à criança na APS, haja vista a conformação do modelo de UBS mista contar com a integração entre a UBS tradicional e a proposta de USF que, apesar de não terem alcançado isoladamente escore geral adequado à APS, chegaram muito próximos disto com valor 6,4. Isso pode indicar que as fragilidades de cada modelo estão sendo supridas quando operam em conjunto, podendo estar influenciando o processo de cuidado à criança no modelo de UBS mista.

Estudos ^{21,22,23} que compararam distintos modelos de atenção em municípios brasileiros evidenciaram que tanto a USF quanto a UBS tradicional, dentre outros serviços de APS, não alcançaram escore geral adequado à atenção primária. Já outro estudo ¹⁶ realizado no Paraná, Região Sul do Brasil, evidenciou escore geral satisfatório de 6,6 para as unidades com ESF, enquanto a UBS tradicional esteve bem aquém do considerado adequado, com escore 3,9.

Diante disso, faz-se necessário refletir acerca das especificidades de cada modelo em relação às dimensões da APS, que podem estar contribuindo para qualificar a atenção à saúde da criança no modelo de UBS mista; bem como da implementação dos modelos nas diferentes regiões brasileiras, cujas especificidades podem estar comprometendo à atenção à criança.

Considerando individualmente os atributos da APS, pode-se sugerir que, independente do modelo, as famílias têm profissionais e serviços como fonte regular de atenção nas consultas de rotina para segmento de necessidades de saúde já existentes ou novas demandas ⁶, incluindo encaminhamento para especialistas quando necessário, pois apresenta a dimensão acesso de primeiro contato - utilização satisfatória à APS e sem diferença entre os modelos cotejados, o que, isoladamente, é considerado positivo para a qualidade da atenção à criança na atenção primária.

Estudo realizado na China ²⁴ evidenciou que os centros primários de saúde podem ser capazes de proporcionar um melhor atendimento de primeiro contato - utilização, em relação a outros existentes no país. No cenário nacional, estudo ¹⁶ comparativo evidenciou maior satisfação à APS nas unidades com ESF, cujo escore para utilização foi superior a 6,6 (7,3) em relação às demais UBS tradicionais (5,8). Isso pode indicar a influência da proposta de

ESF no processo de trabalho dos profissionais que atuam na UBS mista como porta de entrada na rede de atenção à saúde, visto que as ações e serviços disponíveis no modelo de USF podem estar sendo mais bem organizados para atender às diferentes demandas da criança.

Por outro lado, quanto à dimensão acessibilidade, os dados evidenciaram baixos escores para todos os modelos, com diferença superior para UBS tradicional. Isso é preocupante do ponto de vista da inter-relação entre os atributos e qualidade do cuidado ofertado na APS, pois sugere que mesmo sendo considerada referência para a atenção à criança, as unidades que atuam com a proposta de ESF, como política de reorientação à APS²⁵, têm apresentado barreiras que dificultam o acesso aos serviços de atenção primária à saúde.

Ademais, é necessário identificar as possíveis potencialidades da UBS diante do processo de construção do cuidado à criança na UBS mista como modelo que compartilha o processo de trabalho dos profissionais da UBS tradicional em sua conformação de APS. Assim, ao se portar aos atendimentos realizados conforme demanda espontânea, constata-se que a UBS tradicional foi superior aos modelos que operam com a ESF em relação à acessibilidade. Isto sugere que nesse modelo as demandas da criança são acolhidas sem perder oportunidades, como preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança¹⁴.

Diante disso, faz-se premente reconhecer a importância da demanda espontânea frente ao risco de adoecimento da população, visto contribuir para formação de vínculo entre profissionais-serviços-comunidade, porém, limitar o atendimento a esta demanda pode incorrer no risco de restringir as ações de prevenção e promoção à saúde, desconsiderando-as como elementos basilares para empoderamento do indivíduo e família frente ao cuidado em saúde e qualidade de vida^{4,26}.

Vale ressaltar, que articular o cuidado à demanda espontânea e programada pode contribuir para organização da APS como porta de entrada no sistema de saúde, como evidenciou estudo²⁷ acerca das estratégias para potencializar a coordenação do cuidado, no qual as equipes da UBS utilizam para isto o acolhimento, enquanto a USF ainda tem incorporado ao processo de trabalho dos profissionais mecanismos tradicionais, como horários pré-estabelecidos para demanda espontânea, com maior facilidade de acesso para consulta programada.

Nesse ínterim, estudo²⁸ evidenciou que 80,6% das consultas realizadas com crianças menores de 5 anos em USF foram sem agendamento, o que pode causar limitações no acompanhamento infantil de rotina e nas ações de prevenção e promoção na saúde, que

culminaram em uma necessidade aguda de saúde. Todavia, isto não implicaria em resolutividade do caso conforme evidenciou estudo ²⁹ acerca do controle das infecções respiratórias e de diarreia ofertado pela USF, que foi considerado insatisfatório, sendo as explicações mais plausíveis, dentre outras, uma atuação médica centrada nas atividades clínicas, com déficit de atividades de educação em saúde para as famílias.

Nessa discussão cabe atentar para aspectos da formação dos profissionais que pode estar centrada em uma atenção biomédica e clínica, na qual não se apreende o sujeito como protagonista no processo de cuidado, com conhecimentos relevantes a serem incorporados na relação dialógica de construção social da saúde ²².

Quanto ao atributo integralidade, apenas a UBS mista apresentou alto escore à APS quanto aos serviços disponíveis (escore 6,7) e serviços prestados (escore 6,9). Isto pode indicar que na proposta da ESF, a integralidade, compreendida como a capacidade de dar resolutividade às necessidades de saúde do indivíduo em todos os ciclos de vida, em todos os setores, possivelmente encontra-se inadequada para a oferta de serviços à assistência à criança.

Por outro lado, considerando as evidências apresentadas por estudo ²³ comparativo, no qual apesar das limitações dos modelos de UBS tradicional e ESF na assistência à criança frente às demandas mais comuns de saúde, a UBS se destacou com maior disponibilidade e melhores serviços prestados. Fatores como melhores estruturas, presença diária de pediatra e melhor oferta de atividades, como imunização e promoção à saúde em grupo, podem ser aspectos diferenciais para o alcance da integralidade da atenção à criança pela UBS mista.

Salienta-se que esses são aspectos relevantes para prevenção de internações infantis por causas sensíveis à APS, como respiratórios, de pele e gastrointestinais, cujo estudo ³⁰ realizado na Austrália, evidenciou altos índices de internação no primeiro ano de vida. Isso possivelmente reforça a influência das práticas biologicistas no processo saúde-doença à dimensão individual, sob uma atuação profissional delineada pela lógica médica e curativista, que impacta negativamente na consolidação do modelo de reorientação da APS ^{29,31}.

Todavia, ao considerar o grau de afiliação, o fato de a UBS mista ter apresentado diferença estatisticamente significativa superior apenas à UBS tradicional, sugere que os princípios do modelo de saúde da família podem ter contribuído para esse resultado, conforme evidenciou estudo ¹⁶ sobre o melhor desempenho das unidades que operam com a ESF (escore 9,0) em relação à UBS tradicional (1,7) para esta dimensão.

Isso pode ocorrer pelo potencial da ESF para considerar o indivíduo um ser social no processo saúde-doença, contrariando o que se preconiza em relação à fonte habitual de

atenção à saúde, que precisa estar orientada para a pessoa e não para a doença ⁷, de modo que os usuários e prestadores de serviços se reconheçam na inter-relação que se estabelece no processo de produção de saúde e continuidade do cuidado, para que assim, seja garantida a longitudinalidade da atenção na APS.

Com relação à longitudinalidade, nenhum modelo foi considerado satisfatório à APS concordando com outros estudos ^{16,23,32}. Porém, os modelos que operam com a ESF, isto é, a USF (6,5) e UBS mista (6,3), apresentaram escore mais próximo do ponto de corte em relação à UBS tradicional (5,8). Assim também se apresentaram os atributos derivados, sendo a orientação familiar com diferença superior para USF e a orientação comunitária para UBS mista. Pode-se sugerir uma maior regularidade desses modelos no seguimento da atenção à criança na APS, bem como reconhecimento pelos profissionais do contexto familiar, comunitário e social da criança assistida. Estudo ²⁶ que analisou fragilidades e limitações da ESF e da UBS quanto às dimensões da APS, evidenciou que o vínculo, a longitudinalidade e a orientação familiar e orientação comunitária ¹⁶ ocorreram de forma mais efetiva na USF, segundo a visão dos usuários.

Ademais, estudo ³³ destacou que dentre os fatores associados ao melhor desempenho da APS está a formação dos profissionais em saúde da família, a disponibilidade do médico na equipe 30 horas semanais, bem como o número de equipes por unidade básica de saúde, o que faz emergir a necessidade de ampliação das UBS, de modo a acomodar mais equipes de ESF e possibilitar maior integração, diálogo e troca de experiências entre as mesmas, rumo à qualidade do cuidado na APS.

Essa realidade é positiva, pois o modelo USF, como proposta de reorientação da APS, mesmo com limitações em reconhecer a criança como sujeito integral no processo saúde-doença ao longo do tempo pelos escores inferior a 6,6 ^{16,23}, pode estar se destacando em relação ao modelo tradicional, para a continuidade do atendimento à criança pelo mesmo profissional (escore 7,0), ao tempo em que está entendendo os questionamentos da família (escore 7,3) ³⁴. Isto sugere que o profissional que atua neste modelo pode estar concentrando esforços para adequar sua prática em consonância com a APS.

Ressalta-se que a proposta da ESF na atenção à criança busca promover o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, fortalecendo o vínculo e corresponsabilidade entre profissionais e família para o alcance de resolutividade do cuidado diante dos problemas dessa população ³⁵. Contudo, para isto, esta fonte cuidadora precisa cumprir com o papel de coordenadora do cuidado e garantir uma atenção integral à criança na APS ²³, o que ainda se configura um desafio.

A coordenação do cuidado que é entendida como a capacidade de organizar os serviços em prol da garantia de continuidade do cuidado à saúde na rede de atenção ³⁶, precisa ir além do encaminhamento, promovendo a comunicação entre os profissionais e serviços com garantia de referência e contra referência (integração de cuidados), compartilhamento das informações geradas pelos profissionais na oferta de serviços à criança (sistema de informação) desde a porta de entrada e de volta para ela, de modo que ocorra a continuidade do cuidado e resolutividade na APS ⁶.

No estudo em tela dois achados chamaram a atenção, o fato de a UBS mista ter apresentado diferença significativa em relação à USF para o atributo coordenação - integração de cuidados, e a UBS tradicional se destacar em relação aos outros dois modelos para dimensão sistema de informação. Isto pode indicar que, apesar das experiências exitosas das unidades com ESF diante da maioria das referências a serviços especializados e, portanto, melhor organização dos fluxos para a atenção especializada ^{16,22}, possíveis entraves dificultam seu papel de ordenadora da rede e coordenadora da atenção, como falta de regulação e de fluxos formais para atenção hospitalar ³⁶ e oferta limitada de serviços de maior densidade tecnológica para diagnóstico, tratamento e resolutividade. Esses aspectos podem estar comprometendo o acesso e a integração dos serviços, repercutindo no retorno dos usuários à porta de entrada e gerando demanda reprimida com baixa resolutividade ²⁶.

Inversamente, estudo realizado na China ²⁴ com doentes crônicos atendidos em centros de saúde da comunidade constatou que os melhores escores globais para coordenação podem estar naqueles relacionados à interação deste serviço com os outros diferentes níveis do sistema de saúde.

Faz-se necessário repensar o fato de o modelo UBS tradicional dispor na equipe de profissionais especialistas, como pediatras, que podem estar atendendo com mais resolutividade as demandas infantis na APS. Aponta-se que tanto as mães depositam maior credibilidade e confiança nos especialistas, em relação aos médicos generalistas da USF para atenderem as suas crianças, como também, os próprios pediatras alegam a insegurança de colegas de outras áreas em atender as especificidades da criança na USF ³.

Os resultados ora apresentados acerca da oferta e qualidade da atenção à criança, consonantes com os atributos da APS podem ser interpretados com limitações, visto que a entrevista foi realizada no âmbito das unidades de saúde nas quais os profissionais atuam, o que pode ter constrangido o familiar e ou cuidador quanto à liberdade de opção nas respostas, bem como o fato de ter considerado apenas a visão do usuário, que comumente difere dos profissionais.

No entanto, observou-se que a UBS mista, nesse estudo, se revelou o modelo mais orientado à APS na atenção à criança, o que possivelmente se deve à soma de potencialidades dos modelos UBS tradicional e USF que, integrados em uma mesma estrutura, podem contribuir para melhor o processo de trabalho das equipes e na oferta de cuidados à população infantil.

Referências

1. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Child health follow-up and the longitudinality of caring. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(4): 675-9.
2. Novaczyk AG, Gaíva MAM. Interrelational technologies on the child healthcare: analysis of official documents. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(3): 560-8.
3. Sousa FGM, Erdman AL, Mochel EG. Limiting conditions for integral care for a child in Brazilian Primary Health Care. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(Esp): 263-71.
4. Finkler AL, Viera CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary health care. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(6): 548-53.
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(Esp): 158-64.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.726p.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457-502.
8. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29): 274-84.
9. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning.* 2012; 27: 348-55.
10. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MFL, Medina MG et al. Major Expansion of Primary Care in Brazil linked to decline in Unnecessary hospitalization. *Health Affairs.* 2010; 29(12): 2149-60.
11. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(9): 1772-84.

12. Souza MLB, Melo CAV. Impacto da política de Atenção Básica à Saúde na taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros. *Rev Política Hoje*. 2013; 22(1): 250-76.
13. Stábile AP, Braz JC, Furtado MCC, Mello DF. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Méd*. 2013; 22(1): 31-41.
14. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Criança. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2015 ago 05; Seção 1. p.1-37.
15. Mendes EV. A construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília; 2014.
16. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1): 30-6.
17. Londrina. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014. [acessado em 20 nov 2015]
Disponível em:
http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=613
18. Starfield B, Cassady CE, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105(4): 998-1003.
19. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8): 1649-59.
20. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatoool – Brasil. Brasília; 2010. 80 p.
21. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saude Materno Infant*. 2011; 11(3): 323-34.
22. Mesquisa Filho M, Luz BSR, Araújo CS. Primary health care and its attributes: the situation of children under two years of age according to their caregivers. *Cien Saúde Colet*. 2014; 19(7): 2033-46.
23. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde do Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate*. 2015; 39(105): 387-99.
24. Wangi HHW, Wong SYS, Wong MCS, Wang JJ, Wei XL, Li DKT, et al. Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. *Q J Med*. 2015; 108: 549-60.

25. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2316-22.
26. Marin MJS, Marchioli M, Maracvick MYA. Fortalezas e limitações do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3): 780-8.
27. Almeida PF, Faust MCR. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2): 84-95.
28. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Children health care evaluation (0-5 years) according to users' perceptions in the Family Health Strategy of Teresópolis, Rio de Janeiro State. *Cien Saúde Colet*. 2010; 15(2): 517-27.
29. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Evaluating child healthcare in the context of Family Healthcare in the city of Teixeira, Minas Gerais (MG, Brazil). *Cien Saúde Colet*. 2011; 16(7): 3229-40.
30. Bar-Zeev SJ, Kruske SG, Barclay LM, Bar-Zeev NH, Carapetis JR, Kildea SV. Use of health services by remote dwelling aboriginal infants in tropical northern Australia: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr*. 2012; 12: 19
31. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Healthcare practices of Family Health Teams in four major cities. *Cien Saúde Colet*. 2012; 17(10): 2687-702.
32. Vitória AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29): 285-93.
33. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(9): 1941-52.
34. Oliveira VC, Veríssimo MLOR. A prática da longitudinalidade no atendimento à saúde da criança: comparação entre modelos assistenciais distintos. *Rev Cogitare Enferm*. 2015; 20(1): 45-52.
35. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM. Pediatric Health Care: practice of nurses in the Family Health Program. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(2): 340-8.
36. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios da coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2): 286-98.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos familiares e/ou cuidadores que participaram da pesquisa e contribuíram com a investigação; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Edital universal 014/2011) e a bolsa produtividade à Neusa Collet.

5.2 ARTIGO ORIGINAL 2*

Orientação familiar e comunitária nos modelos de atenção primária à saúde da criança[‡]

Descritores

Enfermagem de atenção primária; Criança; Avaliação de serviços de saúde; Enfermagem em saúde pública; Enfermagem pediátrica

Keywords

Primary care nursing; Child; Health services evaluation; Public health nursing; Pediatric nursing

Resumo

Objetivo: Avaliar os atributos orientação familiar e orientação comunitária segundo três modelos de Atenção Primária à Saúde da criança. **Método:** Estudo transversal, avaliativo e quantitativo, realizado com 1.484 familiares e/ou cuidadores de crianças menores de dez anos atendidas em diferentes modelos de atenção primária à saúde. Os atributos orientação familiar e comunitária foram avaliados utilizando-se o instrumento Primary Care Assessment Tool - Brasil, versão criança. O teste de *Kruskal-Wallis* (ANOVA *one-way* não paramétrica) foi utilizado para identificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos comparados; e o teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunnett* para identificar em quais grupos estava a diferença. **Resultados:** Isoladamente todos os modelos de Atenção Primária à Saúde apresentaram escore insatisfatório para os atributos avaliados, entretanto, quando comparados, houve diferença estatisticamente significativa para os atributos derivados em favor dos modelos que operam com a Estratégia Saúde da Família em relação ao modelo tradicional. **Conclusão:** A Estratégia Saúde da Família pode contribuir para as práticas de cuidado implementadas pelo modelo de Unidade Básica de Saúde mista em direção à reorientação da Atenção Primária à Saúde.

* Artigo submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem (Normas - Anexo H) (Comprovante - Anexo I)

[‡] Artigo resultante de Tese de Doutorado da autora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos. Título: Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: análise comparada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2016.

Introdução

A atenção à saúde da criança vem ganhando espaços nas políticas públicas, atendo-se à importância da integralidade da atenção em prol de redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis e de sobrevivência com qualidade de vida, tendo em vista as singularidades e especificidades que envolvem o processo de crescimento e desenvolvimento deste ser, considerado único, dinâmico e complexo.⁽¹⁾

Por isso, no cuidado à criança torna-se imprescindível a interação com a família e comunidade, no sentido de possibilitar um agir compartilhado perante um seguimento sistemático do crescimento e desenvolvimento, com ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde,⁽²⁾ para um cuidado efetivo e de boa qualidade à criança na Atenção Primária à Saúde (APS).⁽³⁾

Na APS brasileira coexistem modelos distintos, cujos processos de trabalho apresentam particularidades que podem influenciar nos resultados de uma APS efetiva e de qualidade na atenção à criança. São eles: Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), com atenção centrada nas especialidades; Unidades de Saúde da Família (USF) com atenção integral centrada na família e comunidade;⁽³⁾ e Modelos Mistos,⁽⁴⁾ que articulam esses diferentes modelos na USF, aqui denominado de UBS Mista.

Apesar da implementação de diretrizes para garantia de assistência de qualidade no Sistema Único de Saúde, a saúde da criança na APS está centrada na demanda espontânea e nas causas agudas, dificultando a atenção integral, fazendo familiares se mobilizarem a serviços de saúde como os de pronto atendimento. Isso foi evidenciado por estudo⁽⁵⁾ que objetivou descrever a resolutividade da atenção à criança na APS em dois municípios do Sul do Brasil, no qual a APS é entendida como de baixa resolutividade aos problemas da criança, com limitações no acesso às unidades de saúde em relação aos serviços de urgência, que possibilitam acesso a exames e primeira dose de medicamento.

Para transformar a organização e as práticas de saúde na perspectiva da integralidade, de modo a superar o modelo curativista e centrado na doença,⁽⁶⁾ os modelos de atenção precisam estar estruturados em conformidade com os atributos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.⁽⁷⁾

A orientação familiar caracteriza-se por considerar a família como o sujeito da atenção, com potencialidades para o cuidado; e a orientação comunitária, pelo reconhecimento das necessidades apresentadas pelas famílias em função do contexto

geográfico e sócio-econômico-cultural em que vivem, além da sua importância para avaliação dos serviços de saúde.⁽⁷⁾

Ante o exposto e considerando a importância da família para a integralidade do cuidado à criança, cujo projeto terapêutico se efetiva pela articulação das ações produzidas no trabalho em saúde, fragilidades no encontro entre profissionais e destes com a criança e sua família representam desafios para a produção de novas formas de cuidado⁽⁸⁾, visto que a família não está sendo considerada foco prioritário em seu contexto, ou seja, na sua comunidade.⁽⁹⁾ Isso pode ser reflexo da permanência de uma atenção balizada no modelo individual e curativo.

Assim, questiona-se: Qual modelo de Atenção Primária à Saúde apresenta maior orientação familiar e comunitária no cuidado à criança? Objetivou-se avaliar os atributos orientação familiar e comunitária segundo três modelos de Atenção Primária à Saúde da criança.

Métodos

Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal e avaliativa, a qual permite descrever as características de determinada realidade, utilizando variáveis e seus padrões de distribuição em um dado momento⁽¹⁰⁾. Foi realizada de outubro de 2012 a fevereiro de 2013 em 22 UBS tradicionais no município de Cascavel e 39 UBS mistas em Londrina, ambos no Paraná; e 53 USF do Distrito Sanitário III (DS III) no município de João Pessoa, Paraíba. Apesar das desigualdades socioeconômicas existentes entre as regiões sul e nordeste do Brasil, os três modelos de atenção estão direcionados para populações de baixa renda e com maior vulnerabilidade social. Essas características são consideradas um indicador de homogeneização da amostra e controle de vieses para escolha dos cenários da pesquisa.

A seleção dos participantes foi realizada por amostragem por conveniência na fila de espera para atendimento. A população foi composta por familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças com idade inferior a dez anos, com histórico de atendimento nas referidas unidades, num período de seis meses anteriores à coleta de dados. Com base nos atendimentos registrados entre os três municípios, foi estabelecida uma amostra de 1.484 participantes, por amostragem probabilística estratificada, com partilha proporcional, adotando-se uma margem de erro de 2,51% e nível de confiança de 95%, sendo, 531 participantes em Cascavel; 609 em Londrina; e 344 em João Pessoa.

Foram selecionados para responder ao questionário os familiares e/ou cuidadores residentes na área urbana dos municípios, que apresentaram capacidade de entendimento,

expressão e compreensão dos documentos apresentados, além de conhecer a unidade que iria avaliar, tendo levado a criança para atendimento por, pelo menos, duas vezes, anteriores àquela na qual aguardava.

A coleta de dados foi realizada por alunos de graduação dos cursos de enfermagem e medicina, da pós-graduação *latu sensu* em saúde pública, e da pós-graduação *strictu sensu*, nível mestrado e doutorado, das respectivas instituições participantes da pesquisa, todos devidamente capacitados pelos professores coordenadores do estudo, por meio de entrevista nas salas de espera das unidades de saúde, utilizando-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool na versão criança,⁽¹¹⁾ validado no Brasil.⁽¹²⁾ No instrumento as respostas são enunciadas por meio da escala tipo *Likert*.⁽¹¹⁾

Para aferição dos atributos derivados nos modelos de APS da criança foram utilizados como variáveis os escores dos itens que compõem o atributo orientação familiar e o atributo orientação comunitária no PCATool-Brasil versão criança. A partir das médias dos valores atribuídos a cada item, foram calculados os escores médios para os atributos de orientação familiar e orientação comunitária segundo o manual do instrumento PCATool- Brasil. Os escores obtidos para cada componente foram transformados em escore ajustado numa escala de zero a 10, sendo definidos como valores elevados ou satisfatórios os escores $\geq 6,6$ e baixo ou insatisfatório os escores $<6,6$, indicando a extensão dos referidos atributos ou a oferta destes pelos modelos de APS pesquisados, como adequada ou não.⁽¹¹⁾

Para armazenar, processar e analisar os dados, utilizaram-se o programa *Excel*, versão 7.0 da *Microsoft*®, e o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13.0. Para identificar a existência de diferenças estatisticamente significantes nos escores dos atributos derivados entre os modelos, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* (ANOVA *one-way* não paramétrica). Para se definir entre quais grupos estudados estavam as diferenças, foi aplicado o teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunnnett*, associado ao anterior ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Os resultados evidenciam que os atributos derivados de orientação familiar e orientação comunitária, tiveram o escore médio $<6,6$ nos três diferentes modelos, considerado insatisfatório no que se refere ao cuidado à criança.

A tabela 1 apresenta as características demográficas e socioeconômicas da amostra, que foi constituída por 1.484 familiares e/ou cuidadores de crianças atendidas nos modelos de APS em três municípios brasileiros. A mãe foi a mais citada como principal cuidador nos três modelos (82,5%), cuja faixa de idade prevalente variou de 24 |---- 34 anos (41%); e que, independente do modelo de atenção, a maioria tem apenas um filho (42,3%). A união estável (48,5%) predominou entre os participantes adscritos no modelo USF em relação aos casados (31,4%), que foi superior nos outros modelos. A renda familiar concentrou-se entre dois e três salários mínimos (53,9%), com exceção daqueles adscritos na USF que foi de até um salário (46,2%) e um total de quatro pessoas ou mais dependentes da renda (59,4%).

Tabela 1 – Dados demográficos e socioeconômicos dos familiares e ou cuidadores nos modelos de atenção primária à saúde da criança

Variáveis	Total		Modelo de atenção primária à saúde					
	N	%	USF		UBS		UBS mista	
			n	%	n	%	n	%
Cuidador principal								
Mãe	1220	82,5	313	91,0	429	80,8	478	79,1
Pai	28	1,9	3	0,9	13	2,4	12	2,0
Avós	149	10,1	14	4,1	52	9,8	83	13,7
Outros	82	5,5	14	5,0	37	7,0	31	5,2
Total válido	1479	100	344	100	531	100	604	100
Faixa etária (anos)								
< 24 anos	358	24,4	85	24,7	133	25,9	140	23,1
24 ---- 34	599	40,9	164	47,7	207	40,4	228	37,6
34 ---- 54	435	29,7	87	25,3	146	28,5	202	33,4
54 anos ou +	72	4,9	8	2,3	27	5,3	37	6,1
Total válido	1464	100	344	100	513	100	607	100
Situação conjugal dos pais								
Casados	740	49,9	108	31,4	265	49,9	367	60,4
União estável	417	28,1	167	48,5	145	27,3	105	17,3
Solteiros	196	13,2	49	14,3	67	12,6	80	13,2
Outros	49	3,4	5	1,5	23	4,3	21	3,5
Não informado	81	5,5	15	4,4	31	5,8	35	5,8
Total válido	1483	100	344	100	531	100	608	100
Renda familiar (RF)								
< de 1 SM	60	4	42	12,2	13	2,4	5	0,8
1 SM	390	26,3	159	46,2	117	22,0	114	18,7
Entre 2 e 3 SM	800	53,9	122	35,5	317	59,7	361	59,3
4 ou + SM	221	14,9	19	5,5	81	15,2	121	19,9
Não informado	13	0,9	2	0,6	3	0,6	8	1,3
Total válido	1484	100	344	100	531	100	609	100
Nº de pessoas que contribuem para RF								
1 pessoa	817	55,1	243	70,6	272	51,2	302	49,7
2 pessoas	578	39,0	96	27,9	220	41,4	262	43,1
3 ou + pessoas	88	5,9	5	1,5	39	7,3	44	7,2
Total válido	1483	100	344	100	531	100	608	100
Nº de dependentes da RF								

continua...

continuação

Até 3 dependentes	597	40,2	140	40,7	223	42,0	234	38,4
4 ou + dependentes	881	59,4	204	59,3	305	57,4	372	61,1
Não informado	6	0,4	-	-	3	0,6	3	0,5
Total válido	1481	100	344	100	531	100	609	100

USF – Unidade de Saúde da Família; UBS – Unidade Básica de Saúde tradicional; UBS Mista – Unidade Básica de Saúde Mista; RF - Renda Familiar; SM – Salário(s) Mínimo(s): 2012 (R\$ 622,00) e 2013 (R\$ 678,00)

Em relação aos atributos derivados de orientação familiar e orientação comunitária, na tabela 2, observa-se que, independente do modelo de APS, o escore médio obtido apresentou valor <6,6, considerado insatisfatório no que se refere ao cuidado à criança. À comparação entre os mesmos, não houve diferença estatisticamente significativa entre USF e UBS Mista, entretanto, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre esses e o modelo de UBS ($p < 0,001$), sendo a diferença superior para USF em relação à orientação familiar (escore 5,3) e UBS mista no que concerne à orientação comunitária (escore 5,9).

Tabela 2 – Escores dos atributos orientação familiar e comunitária, dos modelos de atenção primária à saúde

Atributos derivados	Modelo de atenção primária à saúde	n válido	Escore médio	Escore mediano	EP	<i>p-value</i> ¹
Orientação familiar ²	USF	341	5,3*	5,6	0,16	< 0,001
	UBS	536	4,4**	4,4	0,14	
	UBS Mista	603	5,0*	3,3	0,13	
Orientação comunitária ²	USF	241	5,8*	5,8	0,19	< 0,001
	UBS	398	4,9**	5,0	0,15	
	UBS Mista	496	5,9*	6,7	0,13	

EP - Erro Padrão; USF – Unidade de Saúde da Família; UBS – Unidade Básica de Saúde tradicional; UBS Mista - Unidade Básica de Saúde Mista; ¹Teste de *Kruskal-Wallis* (ANOVA *one-way* não paramétrica), resultado significativo valor- $p < 0,05$; ²Teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunnnett* (*≠**)

Na tabela 3, observou-se que nos itens de orientação familiar houve diferença estatisticamente significativa no cuidado à criança entre os modelos de APS, sendo que, no item I1, a diferença significativa foi favorável ao modelo de UBS, com escore médio 4,0, superior aos demais; enquanto os itens I2 e I3 apresentaram diferença estatisticamente significativa em favor do modelo de USF com escores médios 7,0 e 5,8, respectivamente, apesar do item I2 ter apresentado escore superior a 6,6 também no modelo de UBS Mista.

Tabela 3 – Escores médios de 0-10 dos itens dos atributos derivados dos modelos de atenção primária à saúde

Itens dos atributos derivados da atenção primária à saúde	USF n=344 Escore médio(EP)	UBS n=531 Escore médio(EP)	UBS Mista n=609 Escore médio(EP)	p-value ¹
“Orientação familiar” ²				
I1. O seu/sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	3,1(0,24)*	4,0**(0,20)	3,4(0,18)	0,006
I2. O seu/sua “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança?	7,0**(0,24)	4,8*(0,21)	6,8**(0,18)	0,000
I3. O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	5,8*** (0,19)	4,4*(0,16)	4,9**(0,15)	0,000
“Orientação comunitária” ²				
J1. Alguém do serviço de saúde faz visitas domiciliares?	8,0*** (0,20)	6,3* (0,19)	7,0**(0,18)	0,000
J2. O serviço de saúde conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	5,4*(0,19)	4,9*(0,16)	6,1**(0,14)	0,000
J3. Faz levantamento de problemas de saúde da comunidade nas casas?	4,7(0,19)	4,6*(0,16)	5,1**(0,15)	0,003
J4. Convida membros da família a participar do conselho de saúde?	3,9**(0,21)	2,8*(0,17)	3,0*(0,16)	0,000

USF - Unidade de Saúde da Família; UBS – Unidade Básica de Saúde tradicional; UBS Mista – Unidade Básica de Saúde Mista; EP – Erro Padrão; ¹Teste de *Kruskal-Wallis* (ANOVA *one-way* não paramétrica), resultado significativo valor-p<0,05; ²Teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunnett* (*≠***≠***)

Quanto ao atributo orientação comunitária verificou-se que todos os itens apresentaram diferença estatisticamente significante entre os modelos de APS, tendo o modelo de USF apresentado maior escore médio no item J1 (8,0) e o modelo de UBS Mista nos itens J2 (escore 6,1) e J3 (escore 5,1), conforme a tabela 3.

Discussão

Os dados permitem verificar na percepção de familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 10 anos a qualidade da atenção ofertada pelos distintos modelos de APS. Diante disso, pode-se apontar como limitação, o fato de o estudo não ter avaliado, também, a opinião dos profissionais da APS.

Porém, o estudo traz contribuições ao despertar para a necessidade de atendimento à criança e sua família de forma integral na APS, nas ações realizadas também pelo enfermeiro, com escuta qualificada, formação de vínculo e educação para a saúde, visando à autonomia do sujeito. Nesse sentido, tendo em vista a natureza dos cuidados de enfermagem e a capacidade

para contribuir junto às famílias, esse profissional busca ajudá-las a encontrar estratégias e se fortalecerem diante das necessidades de saúde identificadas em todas as fases de suas vidas. Perante a isso, torna-se premente que o conhecimento científico construído sobre a atuação da enfermagem na família seja incluído no ensino de graduação e pós-graduação, de modo que possa ser incorporado à prática clínica nos serviços de atenção à saúde.⁽¹³⁾

Na análise dos escores dos atributos derivados dos três modelos de APS, verificaram-se resultados insatisfatórios frente a um cuidado efetivo e de qualidade à criança. Esses achados preocupam, tendo em vista que os atributos em análise representam características basilares para o planejamento e execução de ações de saúde pelas unidades, fortalecimento de vínculo entre profissionais-família-comunidade, e avanços nos indicadores de saúde, a exemplo da redução da morbimortalidade infantil por causas sensíveis à APS.⁽¹⁴⁾

Estudo envolvendo usuários de UBS tradicional aponta que a importância dada à família e à comunidade ainda ocorre de maneira incipiente no processo de trabalho da equipe de saúde.⁽¹⁵⁾ Estudos internacionais realizados na China⁽¹⁶⁾ e em Santander⁽¹⁷⁾ e Bogotá⁽¹⁸⁾ na Colômbia evidenciam pontuação insatisfatória em relação aos atributo orientação familiar e orientação à comunidade em cuidados primários.

A baixa qualificação desses atributos é demonstrada em estudo internacional realizado com usuários, profissionais, coordenadores e gestores de serviços públicos de saúde, exigindo um olhar ampliado para a implementação de estratégias que enfoquem o indivíduo, junto à família e à comunidade no processo de cuidado.⁽¹⁹⁾

A partir desse contexto, constata-se um possível desconhecimento dos profissionais da APS quanto à situação de saúde da família. Fato instigante, pois apesar de a ESF representar o modelo brasileiro de reorientação da APS, na prática tais princípios ainda não foram incorporados em sua totalidade, privilegiando modelos que priorizam em suas ações o indivíduo e a doença.⁽¹⁹⁾

Destarte, urge a necessidade de transformar o processo de trabalho das equipes que compõem os modelos de atenção à saúde, incluindo, em suas práticas, a abordagem da clínica ampliada, pautada em relação dialógica entre profissionais-criança-família, estabelecendo-se um encontro legítimo⁽⁸⁾ para a construção do projeto terapêutico singular ao usuário.⁽²⁰⁾

Para tanto, faz-se necessário refletir acerca do processo de trabalho implementado pelas equipes de saúde, no sentido de redirecionar e fortalecer a capacitação profissional, a partir de uma educação permanente em saúde capaz de despertar os profissionais para um pensar e um agir congruente à integralidade e interdisciplinaridade do cuidado aos sujeitos na APS.⁽²¹⁾

Este estudo destaca o fato de os modelos de USF e UBS Mista apresentarem os maiores valores para os atributos de orientação familiar e comunitária, quando comparados ao modelo tradicional, havendo concordância com outros estudos,^(3,22,23) que demonstram superioridade da USF nesses atributos. Esses dois modelos diferem da UBS tradicional por contemplarem, em seu processo de trabalho, princípios da ESF.

Ao analisar individualmente os componentes dos atributos entre os modelos de APS investigados, constata-se que o modelo de USF teve melhor desempenho entre os modelos em relação à preocupação dos profissionais que acompanham a criança em identificar as doenças ou problemas existentes na família. Essa atitude é coerente com a proposta de compreensão dos processos de saúde e adoecimento a partir da articulação de diferentes saberes,⁽²⁰⁾ na perspectiva de um agir sustentado no acolhimento e no vínculo, mas, também, na responsabilização e compromisso do profissional em integrar as ações, no esforço de desfragmentar a atenção e ofertar cuidado integral.⁽⁸⁾

Ao comparar os escores dos componentes do atributo orientação comunitária, identificou-se diferença estatisticamente significativa para os melhores resultados dos modelos que atuam com a ESF. Isso pode refletir os passos dados, embora discretos, em direção aos princípios da ESF nas práticas de cuidado à saúde da população, tendo o indivíduo, família e comunidade, sujeitos no processo de cuidado.

Uma ferramenta potente para o cuidado integral na APS é a visita domiciliar, apresentando-se como fundamental para a efetividade da relação de horizontalidade entre profissionais-família no processo de cuidar. No domicílio as mães podem ter seus esforços reconhecidos pelos profissionais frente à autonomia e responsabilidade diária no cuidado aos filhos. É também nesse contexto que os profissionais conhecem a realidade familiar, as condições de emprego, moradia e saneamento, bem como a dedicação materna para prevenção e promoção à saúde da criança.⁽⁸⁾

O contato com a família no ambiente domiciliar permite aos profissionais vislumbrarem possibilidades de um novo cuidado, norteadas pela prática pelos determinantes sociais de saúde da população. Por meio da escuta qualificada poderão planejar intervenções para atender às necessidades singulares das famílias, não se atendo ao saber puramente técnico.⁽²⁴⁾

Conclusão

Evidenciou-se que os modelos apresentaram diferença significativa em favor da Unidade de Saúde da Família e da Unidade Básica de Saúde mista. Isso demonstra que apesar

das limitações, os modelos que operam com a ESF apresentam maiores escores para orientação familiar e comunitária na APS. Nesse sentido, o melhor escore alcançado pela UBS mista indica que a presença dos princípios da ESF nas práticas de cuidado, contribui para melhorar o escore desse modelo em direção à reorientação da Atenção Primária à Saúde da criança.

Referências

1. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. [Surveillance to infant growth: knowledge and practice of nurses' primary health care]. *Rev Rene*. 2012; 13(1): 114-26. Portuguese.
2. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. [Limiting Conditions for integral care for a child in Brazilian Primary Health Care]. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(Esp): 263-71. Portuguese.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. [The Brazilian Health System: history, progress and challenges]. *Lancet*. 2011[cited set 15 2015]; 11-31. Available in: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
4. Mendes EV. [The social construction of Primary Health Care]. Brasília, 2014. Portuguese.
5. Vieira CS, Toso FS, Toso BRGO, Neves ET, Zamberlan KC, Maraschin. [Problem solving of children health in the health care network]. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(4): 705-713. Portuguese.
6. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. [Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care]. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(2): [08 telas]. Portuguese
7. Starfield B. [Primary care: balancing health needs, services and technology]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.726 p. Portuguese.
8. Sousa FGM, Erdmann AL. [Qualifyin child care in Primary Health Care]. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5): 795-802. Portuguese.
9. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. [Evaluation of the Family focus and community orientation in the Family Health Strategy]. *Cien Saúde Colet*. 2014; 19(2): 353-64. Portuguese.
10. Lakatos EM. Metodologia científica. 5ª. ed. São Paulo: Atlas; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. [Assessment tool Handbook of primary health care: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.80p. Portuguese.
12. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Pública*. 2006; 22(8): 1649-59. Portuguese.

13. Barbieri-Figueiredo MCA. Cuidados centrados na família: do discurso à prática. *Acta paul. enferm.* 2015; 28(6)
14. Araújo JP, Vieira CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. [Assessment of attributes for Family and community guidance in the child health]. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(5): 440-6. Portuguese.
15. Pereira MJB, Abrahão-curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. [Evaluation of organizational and performance features in a Basic Health Unit]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1): 48-55. Portuguese.
16. Wangi HHW, Wong SYS, Wong MCS, Wang JJ, Wei XL, Li DKT, et al. [Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences]. *Q J Med.* 2015; 108: 549-60.
17. Rodriguez-Villamizar LA, Acosta-Ramirez N, Ruiz-Rodriguez M. [Evaluacion del desempeno de servicios de atencion primaria en salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia]. *Rev Salud Publica.* 2013; 15(2): 183-95.
18. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Sebastián MS. [Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care service in six localities of Bogotá-Colombia: a cross-sectional study]. *BMC Health Services Research.* 2012; 13(84).
19. Vega R, Román R, Martínez Collantes J, Ramírez NA. [Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la atención primaria de salud – APS]. *Rev. gerenc. políticas salud [Internet].* 2009 [cited abr 20 2015]; 8(16): 165-190. Available in: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-586267>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BR). [Shared extended clinic]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64p. Portuguese.
21. Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3): 557-61.
22. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. [Integrity and Primary Health Care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo]. 2011; 20(4): 948-60. Portuguese.
23. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. [Evaluation of the presence and extension of the attributes of primary care in curitiba]. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29): 294-303. Portuguese.
24. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, et al. [Family focus and community orientation in tuberculosis control]. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(2): 207-16. Portuguese.

5.3 ARTIGO ORIGINAL 3*

Acesso de primeiro contato da criança em diferentes modelos de atenção primária à saúde[‡]

Resumo

Objetivou-se avaliar, numa perspectiva comparada, a orientação dos modelos de Atenção Primária à Saúde sob o foco do acesso de primeiro contato, da criança às unidades de saúde, nas dimensões utilização e acessibilidade. Estudo avaliativo, realizado com 1.484 familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 10 anos atendidas em diferentes modelos de atenção primária. Para avaliar o atributo acesso de primeiro contato utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* - Brasil, versão criança, e para analisar, os testes Kruskal-Wallis e de Dunnett. A dimensão utilização foi satisfatória à APS entre os modelos, porém, a acessibilidade, foi aquém do ideal em todos, apesar de superior para aqueles com saúde da família na maioria dos itens. Apreende-se que os modelos têm dificuldades a serem superadas quando se considera o acesso de primeiro contato da criança às unidades de saúde como porta de entrada aberta e resolutiva para uma Atenção Primária à Saúde de boa qualidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Unidade Básica de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança; Avaliação de Serviços de Saúde

Descriptors: Primary Health Care; Health Centers; Family Health Strategy; Child Health; Health Services Evaluation

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Centros de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Salud del Niño; Evaluación de Servicios de Salud

Introdução

O cuidado dispensado à criança na Atenção Primária à Saúde (APS) tem como foco alcançar a integralidade, porém, fragilidades no acesso à unidade e às ações e às práticas

* Artigo a ser submetido à Revista de Enfermagem da USP (Normas - Anexo J)

[‡] Artigo resultante de Tese de Doutorado da autora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos. Título: Modelos de Atenção Primária à Saúde da criança: análise comparada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2016.

ofertadas pelos profissionais⁽¹⁾ podem transformar causas evitáveis nas principais responsáveis pela maioria dos óbitos de crianças antes mesmo de completarem o quinto aniversário⁽²⁾. No mundo, somente nas duas últimas décadas, 236 milhões de crianças foram a óbito nessa faixa etária, e, no Brasil, mesmo com a significativa redução da taxa de mortalidade na infância, de 61 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16, em 2015, o desafio de abaixar tais níveis continua, com a elevada mortalidade neonatal (45% desses óbitos)⁽³⁾.

Diante dessa realidade, é preciso que os modelos de APS, entendidos como a maneira de se organizar os sistemas e serviços de saúde e integrar os recursos para atender às demandas de saúde da população⁽⁴⁾, tenham condições estruturais e organizacionais para possibilitar acesso a uma atenção equânime e resolutiva para a criança, como preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), lançada em 2015 pelo Ministério da Saúde, e que tem a APS como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, ressalta-se que a APS, que equivale à Atenção Básica (AB), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁶⁾, deve ser a porta de entrada preferencial e regular para o sistema de saúde e atender 90% das demandas de sua população⁽⁷⁾. Mas, para isso, os modelos de atenção devem estar estruturados de acordo com os atributos ordenadores dessa atenção. Entre eles, este estudo aborda o atributo acesso de primeiro contato, como uma condição *sine qua non* para o uso dos serviços de saúde, seja para acompanhamento rotineiro ou de um novo problema⁽⁸⁾.

Considerando que o modo como o indivíduo e a coletividade poderão receber os cuidados de saúde no processo de trabalho das equipes, pode sofrer influência dos modelos de atenção implementados⁽⁴⁾, é pertinente destacar que, no cenário nacional, apesar de a Estratégia Saúde da Família (ESF) ser um modelo centrado na atenção integral ao indivíduo, à família e à comunidade⁽⁹⁾ e constituir a proposta para reorganizar a APS desde a década de 90⁽¹⁰⁾, outros modelos de atenção continuam a atuar, como o modelo tradicional ou Unidade Básica de Saúde tradicional (UBS), com foco nas especialidades⁽⁹⁾, e os modelos mistos, que assim são classificados por articularem diferentes modelos em uma unidade de atenção primária⁽⁷⁾.

Assim, tais modelos de APS não devem apresentar barreiras geográficas, financeiras, organizacionais⁽¹¹⁾, culturais ou de comunicação, que possam limitar o alcance do atributo acesso de primeiro contato e a resolutividade das demandas infantis na APS⁽¹²⁾. No entanto, embora a Rede de AB brasileira seja extensa e capilarizada, formada por, aproximadamente

40 mil unidades básicas de saúde, como porta preferencial de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹³⁾, estudo⁽¹⁴⁾ que cotejou a ESF com o modelo tradicional evidenciou que ambos os modelos enfrentam desafios para que a criança tenha acesso aos serviços de APS.

Tais desafios envolvem a falta de acolhimento pelas unidades, agendamento semanal com maior parcela de atendimento infantil por demanda espontânea para condições agudas⁽¹⁵⁾ e (des)humanização do cuidado com a entrega de ficha e enfrentamento de fila antes de a unidade abrir, para conseguir atendimento^(11,16).

Em função das desigualdades de acesso como um dos principais problemas enfrentados para que a SUS funcione efetivamente⁽¹⁷⁾, pretende-se avaliar, numa perspectiva comparada, a orientação dos modelos de atenção primária à saúde sob o foco do acesso de primeiro contato da criança às unidades de saúde, nas dimensões utilização e acessibilidade, a fim de dar visibilidade para as ações e as práticas na atenção primária à saúde da criança.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal e avaliativo, de abordagem quantitativa, realizado em unidades de APS, em três municípios do Brasil, dois na Região Sul, Cascavel e Londrina (Paraná), e um na Região Nordeste, João Pessoa (Paraíba). No período da coleta de dados, de outubro de 2012 a fevereiro de 2013, Cascavel contava com 22 Unidades Básicas de Saúde tradicionais; Londrina, com 39 UBS tradicionais, junto com Unidades de Saúde da Família⁽¹⁸⁾, neste estudo denominadas UBS mistas; e João Pessoa, 53 Unidades de Saúde da Família no Distrito Sanitário III (DS III).

A escolha dos cenários levou em consideração o fato de a implantação dos modelos de atenção primária estar direcionada à população de baixa renda e com mais vulnerabilidade social, podendo esses, serem considerados indicadores de homogeneidade da amostra e controle de vieses. Ademais, considerou-se o fato de o DS III ser o maior dos distritos da rede de atenção básica de João Pessoa, com cobertura de 90,5% das famílias adscritas naquela área, com equivalência de equipes quando comparado com os demais municípios.

A população estudada foi constituída de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de 10 anos de idade, atendidas nas referidas unidades, num período de seis meses anteriores à coleta de dados. Com base no número de atendimentos registrados às crianças, distribuídos entre os três municípios, foi estabelecida uma amostra de 1.484 participantes, por amostragem probabilística estratificada, com partilha

proporcional. Foi adotada uma margem de erro de 2,51% e nível de confiança de 95% - 531 participantes em Cascavel; 609, em Londrina, e 344 em João Pessoa.

Para selecionar os participantes, utilizou-se a amostragem por conveniência na fila de espera para atendimento, sendo convidado do último familiar e/ou cuidador da criança para o imediatamente anterior, e assim sucessivamente, até completar a cota amostral estabelecida para cada unidade. Foram incluídos familiares e/ou cuidadores residentes na área urbana dos municípios, que apresentaram capacidade de entender, expressar e compreender os documentos apresentados. Desse modo, o participante deveria conhecer a unidade que iria avaliar e seria incluído aquele que levou a criança para atendimento por, pelo menos, duas vezes, anteriores àquela em que aguardava atendimento.

Para coletar os dados, utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool versão criança⁽¹⁹⁾, já validado no Brasil⁽²⁰⁾, contendo questões organizadas em componentes que avaliam a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. O foco deste estudo é o atributo essencial acesso de primeiro contato – “utilização e acessibilidade”, avaliado com base nas médias dos valores atribuídos a cada item dos seus componentes, segundo o manual do instrumento PCATool-Brasil versão criança. Os escores obtidos para cada componente foram transformados em escore ajustado numa escala de zero a 10, indicando a extensão do referido atributo ou a oferta deste pelos modelos de APS pesquisados como adequada diante do escore $\geq 6,6$ ou insatisfatório escore $< 6,6$.⁽²¹⁾

No instrumento, as respostas são enunciadas por meio da escala tipo *Likert*, cujos valores variam de um a quatro, para cada item que compõe o atributo, assim discriminados: 1 - “com certeza não”; 2 - “provavelmente não”; 3 - “provavelmente sim”; 4 - “com certeza sim” e o valor 9, para as respostas “não sei/não lembro”⁽²¹⁾. Todavia, cabe ressaltar que os itens C2, C4 e C5, que envolvem, respectivamente, se você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora para atendimento, se tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro sem contar triagem ou acolhimento e, se é difícil conseguir atendimento médico para sua criança quando pensa que é necessário, foram formulados de maneira que, quanto maior o valor atribuído à resposta, menor seria a orientação à APS, por isso, tais valores foram invertidos (4=1, 3=2, 2=3, 1=4).

O instrumento foi aplicado por alunos de graduação dos cursos de enfermagem e medicina, da pós-graduação *lato sensu* em saúde pública, e da pós-graduação *strictu sensu*, nível mestrado e doutorado, das respectivas instituições participantes da pesquisa, todos devidamente capacitados pelos professores coordenadores do estudo, nas salas de espera das unidades de saúde referentes a cada município.

Os dados foram digitados em dupla entrada com validação do processo, utilizando-se o programa Excel versão 7.0 da Microsoft® e processados por meio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Para comparar os escores do atributo entre os modelos de APS e avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* (ANOVA *one way* não paramétrica), visto que os mesmos não atenderam às pressuposições de normalidade dos dados (teste de Komogorov-Smirnov) e igualdade de variância, necessárias para aplicação da ANOVA paramétrica. Associado a esse, foi aplicado o teste de comparação múltipla (*post hoc*) de *Dunnnett* para identificação do modelo que apresentava a diferença.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando-se os preceitos éticos da Resolução 466/12, sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Oeste do Paraná - UNIOESTE com anuência das Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa, na Paraíba e, Cascavel e Londrina, no Paraná. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os familiares e/ou cuidadores das crianças atendidas nos referidos modelos de APS.

Resultados

De acordo com a tabela 1, entre os 1.484 participantes, independentemente do modelo de atenção, predominou como cuidador principal a mãe (82,5%), cuja ocupação é cuidar do lar (39,7%). A idade do cuidador principal variou de 24 e 34 anos (41%). No que se refere aos anos de estudo, as mães de crianças atendidas nos modelos de USF e UBS mista apresentaram mais de 10 anos. Em relação à situação conjugal, à renda familiar, à infraestrutura da rua e ao transporte, predominou, entre os participantes adscritos na USF, a união estável, um salário mínimo por mês, ruas pavimentadas e ônibus coletivo para deslocamento e, entre os dos modelos de UBS e UBS mista, os familiares ou cuidadores casados, com dois a três salários mínimos mensais, ruas asfaltadas e uso de carro próprio.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas de familiares e/ou cuidadores de crianças atendidas nos diferentes modelos de APS.

Variáveis	Modelo de Atenção Primária à Saúde							
	Total	%	n USF	%	n UBS	%	n UBS mista	%
Cuidador principal	1479	100	344	100	531	100	604	100
Mãe	1220	82,5	313	91,0	429	80,8	478	79,1
Pai	28	1,9	3	0,9	13	2,4	12	2,0
Avós	149	10,1	14	4,0	52	9,8	83	13,7
Outros	93	5,5	14	4,1	37	7	31	5,1
Faixa etária do cuidador (anos)	1464	100	344	100	513	100	607	100
< de 14 anos	3	0,2	-	-	-	-	3	0,5
14 ---- 24	355	24,2	85	24,7	133	25,8	137	22,6
24 ---- 34	599	41,0	164	47,7	207	40,4	228	37,6
34 ---- 44	309	21,1	72	20,9	103	20,1	134	22,1
44 ---- 54	126	8,6	15	4,4	43	8,4	68	11,2
54 ---- 64	49	3,3	8	2,3	21	4,1	20	3,2
64 anos ou +	23	1,6	-	-	6	1,2	17	2,8
Situação conjugal dos pais	1483	100	344	100	531	100	573	100
Casados	740	49,9	108	31,4	265	50,0	367	60,3
União estável	417	28,1	167	48,5	145	27,3	105	17,2
Solteiros	214	14,4	50	14,6	77	14,5	87	14,4
Outros	31	2,2	4	1,2	13	2,4	14	2,3
Não informado	81	5,5	15	4,4	31	5,8	35	5,8
Tempo de estudos da mãe (mediano)	1484	100	344	100	531	100	609	100
Até 10 anos	721	48,6	171	49,7	268	50,5	282	46,3
Mais de 10 anos	746	50,3	172	50,0	252	47,4	322	52,9
Não informado	17	1,1	1	0,3	11	2,1	5	0,8
Ocupação da mãe	1481	100	344	100	531	100	606	100
Empregado formal	436	29,4	89	25,9	174	32,8	173	28,6
Empregado informal	125	8,5	31	9,0	29	5,4	65	10,7
Do lar	588	39,7	151	43,9	216	40,7	221	36,5
Desempregado	166	11,2	72	20,9	41	7,7	53	8,7
Outros	163	11,0	-	-	69	13,0	94	15,5
Não informado	3	0,2	1	0,3	2	0,4	-	-
Renda familiar (SM)	1484	100	344	100	531	100	609	100
< 1 SM	60	4,0	42	12,2	13	2,4	5	0,8
1 SM	390	26,3	159	46,2	117	22,0	114	18,7
2 a 3 SM	800	53,0	122	35,5	317	59,7	361	59,3
4 SM ou mais	221	14,9	19	5,5	81	15,2	121	19,9
Não informado	13	0,9	2	0,6	3	0,6	8	1,3
Infraestrutura da rua	1484	100	344	100	531	100	609	100
Asfalto	1089	73,4	50	14,5	447	84,2	592	97,2
Calçamento	171	11,5	152	44,2	17	3,2	2	0,3
Terra	224	15,1	142	41,3	67	12,6	15	2,5
Transporte mais usado	1479	100	339	100	531	100	609	100
Carro próprio	619	41,9	66	19,5	252	47,5	301	49,4
Motocicleta	134	9,0	56	16,5	32	6,0	46	7,5
Ônibus coletivo	708	47,9	212	62,5	235	44,2	261	42,9
Outros	18	1,2	5	1,5	12	2,3	1	0,2

Fonte: Elaboração Própria (Pesquisa Multicêntrica, 2012-2013). USF – Unidade de Saúde da Família; UBS – Unidade Básica de Saúde tradicional; RF - Renda Familiar; SM – Salário(s) Mínimo(s): 2012 (R\$ 622,00) e 2013 (R\$ 678,00)

A Tabela 2 mostra os escores do atributo acesso de primeiro contato nas dimensões, utilização e acessibilidade, numa perspectiva geral e de acordo com os itens que as compõem, segundo os três modelos de APS. Os resultados evidenciam que a dimensão utilização apresentou escore satisfatório à APS para todos os modelos de atenção à criança, sem diferença estatisticamente significativa quando comparados. No entanto, a dimensão acessibilidade apresentou escore distante do ideal, independentemente do modelo investigado. Porém, o modelo tradicional apresentou escore superior aos demais.

Dentre os itens que compõem a dimensão utilização, somente o item B3, que se refere ao fato de a criança ter que ser encaminhada ao especialista quando tem necessidade, apresentou diferença estatisticamente significativa entre os modelos, entre a UBS tradicional e a UBS mista, mas em favor deste último modelo (escore 8,9).

Quanto à acessibilidade, somente o item C3, que avalia se é fácil agendar consulta de rotina da criança, não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os modelos. No entanto, em meio aos que apresentaram diferenças, elas foram favoráveis ao modelo de USF para três itens: C1, que afere se a criança é atendida no mesmo dia quando está doente e a unidade está aberta (escore 7,5), no qual a diferença foi entre USF e os outros dois modelos; C2, que mede se a família tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora para a criança receber atendimento (escore 5,0), com diferença dos modelos que operam com a ESF (USF e UBS mista) em relação ao modelo tradicional e C5, que busca saber se é difícil conseguir atendimento médico para criança quando a família necessita (escore 5,3), no qual a diferença foi entre USF e o modelo tradicional.

A UBS tradicional atingiu escore maior com diferença estatística ($p < 0,05$) em dois itens, C4 - que se refere ao tempo de espera superior a 30 minutos para que a criança receba atendimento quando chega à unidade, independentemente da triagem ou do acolhimento (escore 5,5), com a diferença em relação aos dois modelos, e C6 - que está relacionado ao fato de conseguir aconselhamento rápido por telefone se precisar (escore 5,2) com a diferença entre os três modelos, conforme a tabela 2.

Tabela 2 – Escores médios de zero a 10 e erro-padrão dos itens que compõem o atributo acesso de primeiro contato nos modelos de Atenção Primária à Saúde

Itens do atributo acesso de primeiro contato	Modelos de Atenção Primária à Saúde			Teste de Kruskal-Wallis valor-p
	USF n=344 EM / EP	UBS n=531 EM / EP	UBS mista n=60 EM / EP	
Utilização	8,3 (0,12)	8,5 (0,08)	8,5 (0,08)	0,969
B1. Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ou de rotina, você vai ao seu <i>médico/ enfermeiro</i> antes de ir a outro serviço de saúde?	9,3 (2,3)	9,4 (2,0)	9,2 (2,3)	0,655
B2. Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu <i>serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> antes de ir a outro serviço de saúde?	9,3 (4,3)	9,4 (3,6)	9,2 (3,8)	0,087
B3. Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu <i>serviço de saúde</i> tem que encaminhá-la obrigatoriamente?*	8,5 (3,1)	8,4(2,9) ***	8,9 (2,7) ****	0,029*
Acessibilidade	5,0 (0,13) ***	5,6 (0,12) ****	5,2 (0,12) ***	0,014
C1. Quando o <i>serviço de saúde</i> está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?*	7,5 (3,7) ***	6,3 (4,0) ****	6,1 (4,0) ****	0,000*
C2. Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no <i>serviço de saúde</i> ?*	5,0 (4,4) ***	4,2 (4,3) ****	4,9 (4,4) ***	0,009*
C3. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança (“consulta de rotina”) no <i>serviço de saúde</i> ?	6,6 (4,2)	6,5 (4,2)	6,6 (4,1)	0,769
C4. Quando você chega no <i>serviço de saúde</i> , você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?*	2,1 (3,5) ***	5,5 (4,4) ****	2,1 (3,5) ***	0,000*
C5. É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no <i>serviço de saúde</i> quando você pensa que é necessário?*	5,3 (4,3) ***	4,5 (4,3) ****	4,9 (4,4)	0,021*
C6. Quando o <i>serviço de saúde</i> está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?*	3,7 (3,7) ***	5,2 (4,1) ****	4,6 (4,1) ****	0,001*

Fonte: Elaboração própria (Pesquisa Multicêntrica, 2012-2013). *Teste de Kruskal-Wallis (Análise de Variância - ANOVA *one-way* não paramétrica), resultado significativo *p-value* <0,05; ** Teste de comparações múltiplas

(*post hoc*) de Dunnett (** \neq *** \neq ***); EM- Escore Médio; EP - Erro Padrão USF – Unidade de Saúde da Família; UBS - Unidade Básica de Saúde tradicional

Discussão

O acesso aos serviços e às ações de saúde é imprescindível para prevenir agravos, e promover a saúde e a qualidade de vida da criança na família e na comunidade. Por isso, a avaliação dos modelos de atenção primária, como porta de entrada aberta e resolutive, deve envolver a percepção dos usuários e profissionais sobre componentes complexos, do ponto de vista da organização e da oferta de ações pelas equipes de saúde⁽¹⁶⁾.

Na análise da dimensão utilização, verificou-se que o escore geral e escore específico, foram considerados satisfatórios, na percepção dos familiares e/ou cuidadores de crianças atendidas nos modelos avaliados. Tais resultados indicam que a APS, independentemente do modelo de atenção adotado, é a primeira escolha para atendimento da criança nas consultas de rotina ou para um novo problema de saúde e para referenciá-las ao especialista, quando necessário.

No entanto, em relação à referência para especialistas, o fato de a UBS mista ter apresentado diferença estatisticamente significativa em relação ao modelo tradicional, e de a ESF não ter se diferenciado dos modelos tradicional e misto, pode sugerir que a integração da ESF com o modelo tradicional, nessa conformação de APS (UBS mista), pode contribuir para facilitar o encaminhamento da criança, além do que a presença de um pediatra na equipe⁽²²⁾, pode ser um diferencial para o acesso ao especialista quando a criança precisa.

Estudo⁽¹²⁾ apontou que os escores obtidos pela ESF foram satisfatórios à APS em todos os itens da dimensão utilização, com diferença significativamente superior em relação a ir a essa unidade antes de qualquer outro serviço quando a criança necessita de consulta de revisão ou tem um novo problema, enquanto o modelo tradicional apresentou diferença superior unicamente para a obrigatoriedade de referenciar a criança ao especialista. Apreende-se que, o fato de o acesso da população aos serviços e às ações de saúde ter aumentado depois da implantação da ESF⁽²³⁾, pode explicar a superioridade desse modelo como porta de entrada para a rede de atenção à saúde (RAS) em relação à UBS tradicional.

Todavia, é digno de preocupação o fato de a dimensão acessibilidade ter apresentado escore geral aquém do ideal para todos os modelos, concordando com outro estudo que utilizou o mesmo instrumento de avaliação da APS⁽²⁴⁾. Isso aponta para o fato de que, mesmo disponíveis como primeiro ponto para o cuidado na RAS, particularidades organizacionais dos modelos podem comprometer o acesso das crianças aos serviços e às ações de saúde,

como demonstrou estudo realizado com usuários e profissionais no Distrito Federal, cujos escores também foram insatisfatórios à APS para essa dimensão⁽²⁵⁾.

Portanto, urge a necessidade de superar as barreiras de acesso e consolidar a estratégia de reformular a atenção primária e melhorar a qualidade do cuidado à criança, para que além de uma porta aberta para as RAS, a APS possa ser resolutiva e capaz de atender a 90% das demandas de saúde a que se propõe⁽⁷⁾.

Ao serem analisados os itens da dimensão acessibilidade, como as características das unidades e dos recursos de saúde que podem contribuir para o uso dos serviços pelo usuário ou dificultá-lo⁽²⁶⁾, a USF foi o único modelo satisfatório à APS para a atenção ofertada à criança no dia em que está doente(C1). Isso pode indicar que, quando a unidade se encontra aberta, os profissionais estão disponíveis para atender à criança com condições agudas, o que pode ser justificado pelo fato de as equipes de saúde da família costumarem reservar vagas para atendimento diário por demanda espontânea, independentemente das ações programáticas⁽¹⁶⁾.

Essa realidade demonstra um modelo em conformidade com a política de atenção integral a criança, tendo em vista a importância da intervenção precoce para prevenir hospitalizações infantis por condições sensíveis à APS, como evidenciaram estudos internacionais, em que o acesso aos serviços de cuidados primários em saúde apresentou potencial para evitar uma proporção significativa de internações hospitalares de crianças aborígenes⁽²⁷⁾ e que, a falta de atendimento inicial por clínico geral nos serviços de APS, mostrou-se fortemente associada à rápida evolução de pneumonia⁽²⁸⁾.

Nesse ponto da discussão, cabe refletir sobre a importância do acolhimento como uma prática característica do processo de trabalho das equipes que atuam com a ESF, porquanto estudo⁽¹⁶⁾ evidenciou que 68% dessas equipes afirmaram realizar acolhimento todos os dias e turnos de funcionamento das unidades. Isso pode contribuir para ampliar o olhar para as necessidades da criança e favorecer o acesso às ações de cuidado na unidade de saúde, além de gerar satisfação nas mães pelo fato de o atendimento ser realizado no dia que a criança precisa, conforme demonstrou outro estudo⁽²⁹⁾.

Estudo⁽³⁰⁾ destaca que, na ESF, a possibilidade de conseguir consulta em menos de 24 horas é a segunda característica que mais facilita o acesso dos usuários aos serviços nesse modelo, segundo gestores e profissionais de saúde, o que se assemelha ao Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai⁽³¹⁾. Isso pode ser explicado pelo fato de a Estratégia Saúde da Família apresentar mais flexibilidade de horário para atender à população⁽³²⁾, encontrar-se mais próximo dos domicílios das famílias e facilitar a ida dos usuários até a unidade de

saúde⁽³³⁾. Isso ratifica as potencialidades desse modelo como proposta para reorganizar a APS, ordenar a Rede e coordenar o cuidado.

Por outro ângulo, o fato de o modelo tradicional não ter alcançado valor satisfatório à APS para atender à criança no dia em que está doente, pode sugerir uma limitação deste modelo em atender a todos os que procuram a unidade e resolver as necessidades de saúde⁽¹²⁾, e advir da numerosa quantidade de usuários por equipe. Todavia, apresentou potencialidade em relação aos modelos com ESF, ao possibilitar aconselhamento rápido para a família ou cuidador por telefone (C6), quando a unidade está aberta, pois obteve valor do escore significativamente superior.

Reconhecer as necessidades biopsicossociais do indivíduo e sua família é um dos pilares da ESF para superar o modelo biologicista e alcançar a integralidade da atenção⁽²⁵⁾. No entanto, o fato de não possibilitar o acesso da família à unidade por telefone, sugere que essa equipe não tem valorizado algumas barreiras, como as geográficas, de transporte e financeiras, que podem dificultar a ida da criança até a unidade.

Tais barreiras foram demonstradas em estudos, realizados na Romênia⁽³⁴⁾ e na Austrália⁽³⁵⁾. No primeiro, o tempo gasto pela população da comunidade rural para chegar ao serviço de cuidado primário é três vezes maior em relação ao tempo gasto pela população urbana, uma desvantagem que suscita consequências negativas sobre o estado de saúde do usuário. No segundo, pais refugiados relataram que, para utilizar serviços de saúde materno-infantil eles enfrentam falta de acesso a um transporte para ir ao serviço e a demora em conseguir um intérprete para fazer a interlocução deles com a equipe de saúde.

Do mesmo modo, estudo⁽³⁶⁾ demonstrou que, além das barreiras estruturais, geográficas e organizacionais, as atitudinais também dificultam o acesso de crianças com deficiência às unidades de ESF em um município no Nordeste brasileiro, pois a postura de médicos sobre o atendimento prioritário como um privilégio, e não, como um direito à saúde, impede a garantia da equidade ao usuário.

Vale cogitar que, a forma como a equipe disponibiliza o acesso às ações de saúde na unidade, como é o caso de dar informações por telefone, pode facilitar a comunicação com a equipe e empoderar a família para um cuidado adequado quando a criança tem uma necessidade. No entanto, o contrário desperta reflexões sobre a formação e a capacitação dos profissionais desse setor, com processos que visam contribuir para que os profissionais apreendam sobre a importância do processo de trabalho e das práticas de saúde para reorganizar a APS e ofertar um cuidado equânime e integral ao indivíduo, à família e à

comunidade. Porquanto, a ausência de acesso pode, além de limitar a capacidade da equipe para resolver as demandas da criança, contribuir para complicações no estado de saúde dela.

Estudo⁽³⁷⁾ realizado nos Estados Unidos evidenciou que os pais preferem os serviços de atenção primária que possam ofertar melhor acesso, como aconselhamento pelo telefone e por comunicação eletrônica, além de atendimento em horários noturnos e nos finais de semana. A realidade brasileira é semelhante a esses achados, uma vez que estudo realizado no Maranhão³⁰ constatou que, a maior dificuldade enfrentada pelos usuários para terem acesso à USF é o fato de não funcionar depois das 18 horas e nem nos finais de semana, tendo em vista que trabalham durante o dia.

Nessa perspectiva, considerando o que precisa ser revisto para reduzir as barreiras de acesso, merece destaque a necessidade de ampliar a forma de atendimento e do horário das unidades de saúde. Essa possibilidade permite atender às especificidades das crianças cujos cuidadores trabalham fora e não podem comparecer diuturnamente aos serviços, e, portanto, poder contribuir para melhorar o acesso e a utilização dos serviços.

Em relação à facilidade para agendar consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (C3), compreendido como uma importante estratégia para fortalecer o vínculo e a responsabilidade multiprofissional⁽²⁶⁾, percebe-se que, apesar de os modelos que atuam com a ESF terem apresentado escore satisfatório à APS, não houve diferença estatisticamente significativa entre eles, e a UBS tradicional alcançou escore muito próximo do ideal (6,5).

Isso sugere que, pelo fato de ser o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento uma estratégia para o cuidado da criança ao longo do tempo⁽²⁵⁾, pode ser que todos os modelos venham se esforçando para contemplar as especificidades da criança com ações de promoção da saúde, prevenção de problemas e cuidado em tempo oportuno na consulta de puericultura, que visa promover uma vida saudável, como preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)⁽⁵⁾.

Nesse contexto, é válido ressaltar que o seguimento do cuidado infantil na unidade de saúde fortalece a longitudinalidade da atenção, como a relação de vínculo entre a família e a equipe estabelecida no ínterim das ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança na APS. Isso coopera para o acesso da criança aos serviços, uma vez que favorece a escolha da referida unidade como fonte preferencial de atenção a cada novo problema que a criança apresenta⁽²⁵⁾ e contribui para que essa unidade de APS seja procurada pelos familiares para atenção à criança, antes de qualquer outro.

Estudo⁽³⁸⁾ realizado em uma USF no Paraná demonstrou que a consulta de puericultura, realizada pelas enfermeiras, é organizada por agendamento em dia previamente definido pela equipe, o que proporciona disponibilidade de horário e diminui o tempo de espera das mães para o atendimento da criança, outro item importante no processo de avaliação da acessibilidade.

No que concerne ao tempo de espera para marcar consulta na unidade (C2), apesar dos baixos escores dos modelos à APS, aqueles que atuam com os princípios da ESF apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação ao modelo tradicional. Mesmo sendo imprescindível reconhecer as limitações dos modelos vigentes, é preciso atentar para as contribuições do processo de trabalho implementado na UBS mista e na USF, pois, ao contemplar a demanda programada, podem possibilitar à família e/ou ao cuidador agendar as consultas sem precisar esperar tanto como no modelo tradicional que atua por demanda espontânea.

O fato de não precisar esperar tanto tempo para agendar consulta é um aspecto importante para favorecer a vinculação entre família e equipe, além de fortalecer a referência da unidade como fonte de cuidado para a criança. Estudo⁽³⁷⁾ realizado nos EUA evidenciou que os serviços de cuidados primários que tiveram tempo de espera superiores a quatro semanas para visitas de cuidados preventivos à crianças foram menos procurados pelos pais.

Quando os cuidadores pensam ser necessário à criança receber atendimento médico (C5) na unidade de saúde, os resultados também apontaram diferença estatisticamente superior para a USF em relação à UBS tradicional. No entanto, chama a atenção o fato de a UBS mista não ter se diferenciado estatisticamente dos outros modelos, o que pode inferir que, na integração entre UBS tradicional e USF, as potencialidades da ESF para reconhecer a família no processo de cuidado podem contribuir para organizar as ações no modelo misto e fortalecer o acesso da criança ao cuidado na APS.

Essa realidade evidencia conformidade com a APS ao considerar que o acesso de primeiro contato é um dos princípios mais intrinsecamente ligados ao alcance da integralidade, porque só é possível atender às necessidades de saúde de uma população se ela adentrar a unidade ou o sistema de saúde. Assim, pode-se sugerir que, mesmo com limitações, a equipe da ESF tem envidado esforços para valorizar a família para identificar as necessidades da criança no processo de cuidado, resolutividade e atenção integral, como proposta para reorientar a APS⁽⁷⁾.

Além disso, a atuação dos agentes comunitários de saúde como elo entre as famílias e a equipe pode constituir um facilitador para o acesso à ESF, visto que apresenta as demandas

da comunidade à equipe e possibilita melhor comunicação entre elas, inclusive com marcação de consultas^(25,40), o que contribui para satisfazer às mães pela melhoria no acesso da criança à consulta⁽²⁵⁾ e a obtenção de saúde para as populações em todo o mundo⁽³⁹⁾. Isso reflete uma potencialidade da ESF, porque, antes de ser implantada, a população enfrentava longas filas, desde a madrugada, para conseguir acesso aos serviços⁽²⁶⁾.

No entanto, conseguir agendar o atendimento não implica em agilidade para a criança receber a atenção do profissional quando tem uma necessidade de saúde, pois, independentemente do modelo de atenção, o tempo de espera para a consulta com profissional médico ou enfermeiro foi superior a 30 minutos, depois do acolhimento ou triagem (C4), semelhante a um estudo⁽⁴⁰⁾ em que o tempo de espera foi entre uma e duas horas na USF e na UBS tradicional.

Porém, na ESF, o longo tempo de espera foi mais fácil de acontecer⁽⁴⁰⁾, o que vai ao encontro da realidade apresentada no estudo em tela, quando aponta que os modelos que atuam com ESF obtiveram escore muito aquém do ideal (2,1) em relação ao modelo tradicional, que foi significativamente superior.

Esses achados trazem reflexões sobre o atendimento dispensado em ambos os modelos. A ESF como proposta para integralidade do cuidado para o indivíduo e sua família, apresenta limitações como menor proporção de médicos, por habitante, no SUS, explicada pelo quantitativo de formados ainda incipiente em relação à criação de empregos⁽⁴¹⁾, além da rotatividade de profissionais e uma carga horária inadequada para as demandas da área de abrangência, o que pode suscitar uma demanda reprimida e uma sobrecarga de usuários em um mesmo turno de atendimento. Isso pode aumentar o tempo de espera para a consulta, fragilizar a vinculação da população à equipe, devido à descrença da família na capacidade de ter as demandas da criança atendidas e, ao final, restringir o acesso e a continuidade do cuidado na APS⁽⁴²⁾.

Por outro lado, o fato de, na UBS, o escore indicar que a criança tem que aguardar menos tempo do que na ESF, traz à tona a necessidade de se repensar sobre a consulta realizada pelos profissionais que atuam na APS. Estudo⁽⁴⁰⁾ além de corroborar esse resultado, evidenciou que o tempo médio de duração da consulta no modelo tradicional foi de 13 minutos enquanto na ESF foi de 18 minutos. Porém, para 40% dos usuários, na UBS, esse tempo foi de 10 minutos, e para 25%, a consulta ultrapassou os vinte minutos na ESF.

O fato de acontecer de forma mais rápida pode diminuir o tempo entre um atendimento e outro, porém, vale investigar se isso implica em uma atenção de boa qualidade,

como se espera de uma APS efetiva, que deve enxergar além da queixa e contemplar os aspectos biopsicossociais da criança como cerne para o cuidado integral.

Considerações finais

Com este estudo, foi possível apreender que os modelos de atenção têm muitas dificuldades a serem superadas, quando se considera o acesso de primeiro contato da criança às unidades de saúde, pois obtiveram escores gerais insatisfatórios ao ponto de corte para a dimensão acessibilidade, muito embora a UBS tradicional tenha apresentado escore maior com diferença estatística em relação aos demais.

Apesar de todos caminharem na direção de promover o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, apresentam fragilidades que limitam a integralidade da atenção dispensada à criança na APS. Todavia, na perspectiva comparada vale atentar para as potencialidades de cada modelo que, somadas, podem contribuir para melhorar a estrutura organizacional de funcionamento e implementar o processo de trabalho da equipe que atua na UBS mista (ESF e UBS tradicional), pois a ESF foi superior em relação ao modelo tradicional para atender à criança no dia em que está doente e considerar o olhar da família para isso (USF), além de agendar as consultas sem precisar esperar tanto ou falar com muitas pessoas (USF e UBS mista). O modelo tradicional também possibilitou menos tempo de espera e acesso a aconselhamento por telefone em relação aos modelos com ESF.

Isso sugere que é preciso realizar outros estudos, a fim de elucidar o processo de trabalho no modelo misto, porque envolvem as duas conformações de APS, no sentido de reorganizar e fortalecer as ações e as práticas para um cuidado equânime e integral para a criança na APS. Ademais, indica-se que sejam envolvidos no processo de avaliação outros atores presentes no contexto da APS, como gestores e profissionais de saúde para uma visão ampliada desse ponto de entrada para as RAS.

Assim, considerando os desafios sócios organizacionais enfrentados pela APS, urge a necessidade de fortalecer a formação e a educação permanente para os profissionais, no sentido de capacitá-los para que possam superar as limitações e consolidar as práticas para uma atuação que condiga com a integralidade à tríade indivíduo, sua família e a comunidade. Além disso, faz-se necessário sensibilizar os gestores para reestruturação da dimensão estrutural da APS, imprescindível para proporcionar à criança uma atenção resolutiva e de boa qualidade.

Referências

1. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JER, Melo EA, Reis AAC. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Cien saude colet.* 2016; 21(2): 327-338.
2. World Health Organization and Maternal and Child Epidemiology Estimation Group, provisional estimates; 2015
3. World Bank; World Health Organization; UN Department Of Economic And Social Affairs; UN Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality - Report 2015. [acesso em 20 mar 2016. Disponível em: <http://www.childmortality.org/>.
4. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento à demanda espontânea. Brasília; Ministério da Saúde, 2013.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Criança. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2015 ago 05; Seção 1. p.1-37.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011; 21 out.
7. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 2015.193p.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.726p.
9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. [The Brazilian Health System: history, progress and challenges]. *Lancet.* 2011[cited set 15 2015]; 11-31. Available in: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
10. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning.* 2012; 27: 348-55.
11. Paula CC, Silva CB, Tassinari TT, Padoim SMM. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *J res fundam care* [online] 2016 Jan. Mar; 8(1): 4056-4078.
12. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev Rene.* 2012; 13(2): 332-42.
13. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulgação em saúde para Debate.* 2014 Out; 51: 30-7

14. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1): 30-6.
15. Finkler AL, Viera CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6): 548-53.
16. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família e de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, 2014 Out; 38(especial): 13-33.
17. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saúde Colet*. 2012; 17(11): 2863-73.
18. Londrina. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014. [acessado em 20 nov 2015]. http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=613
19. Starfield B, Cassady CE, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105(4): 998-1003.
20. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8): 1649-59.
21. Ministério da Saúde (BR). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária a Saúde. Primary Care Assessment Toll PCATool-Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2015 Oct 8]. Portuguese. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf
22. Domingos CM, Nunes EFPA, Stutz AC. Monitoramento da Saúde da Criança em uma unidade de Atenção básica do município de Londrina-pr. *Revista Espaço para a Saúde*. 2010 Jun; 11(2): 1-10.
23. Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, TCPM, Gomes. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Cien Saúde Colet*, 16 (Supl. 1): 881-892, 2011
24. Pinto LF, Hauser L. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*, 21(5): 1399-1408, 2016
25. Araújo RL, Mendonça AVM, MF Sousa. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate*; 39(105): 387-399, Abr/Jun 2015.
26. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Cien Saúde Colet*. 2011; 16(7): 3329: 40.

27. Duncan C, Williams K, Nathanson D, Thomas S, Cottier C, O'Meara M, et al. Emergency department presentations by Aboriginal children: Issues for consideration for appropriate health services. *Journal Paediatrics of Child Health*. 2013 Set; 49(9): E448-50.
28. Crocker JC, Evans MR, Colin Powell VE, Kerenza capa de, Butler CC. Why some children hospitalized for pneumonia do not consult with a general practitioner before the day of hospitalization. *European Journal of General Practice*. 2013; 19(4): 213-20.
29. Machado MMT, Lima ASS, Bezerra Filho JG, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB, et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Cien Saúde Colet*. 2012; 17(11): 3125-33.
30. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Britto e Alves MTSS, Lamy ZC. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cien saúde colet*. 2013; 18(11): 3321-31.
31. Instituto Suramericano de Gobierno em Salud (ISAGS). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012.
32. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia SG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc [Internet]*. 2011 [cited 2016 Mar 10]; 20(4): 948-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/12.pdf>
33. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Children health care evaluation (0-5 years) according to users' perceptions in the Family Health Strategy of Teresópolis, Rio de Janeiro State. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2010 [cited 2016 Mar 10]; 15(2): 517-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a28.pdf>
34. Duma OO, Rosu ST, Manole M, Petrariu FD, Constantin B. Disparidades no acesso aos cuidados de saúde primários em áreas rurais do município de Iasi - Romania. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2014 Jul/Sept; 118(3): 743-8.
35. Riggs E, Davis E, Gibbs L, Bloco K, Szwarc J, Casey S, et al. Acesso aos serviços de saúde materna e infantil em Melbourne, Austrália: Reflexões a partir de famílias de refugiados e prestadores de serviços. *BMC Saúde Serv Res*. 2012; 12: 117.
36. Rosário SSD, Fernandes APNL, Batista FWB, Monteiro AI. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 Jul/Set; 15(3): 740-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19272.doi:10.5216/ree.v15i3.19272>.
37. Zickafoose JS, DeCamp LR, Prosser LA. Aprimorado em casa médica pediátrica: um experimento de escolha discreta. *JAMA Pediatr* ; 169 (4): 358-64 de 2015 abril
38. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *REME – Rer Min Enferm*. 2013 Abr/Jun; 17(2): 331-9.

39. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Agentes comunitários de saúde em países de renda alta baixa, média e: uma visão geral de sua história, evolução recente e eficácia atual. *Annu Rev Saúde Pública*. 2014; 35: 399-421.
40. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado RMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Cien Saúde Colet*. 2012; 17(11): 2903-12.
41. Pinto HA, Sales MJT, Oliveir FP, Brizolana R, Figueiredo AM, Santos JT. O programa Mais Médico e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulgação em saúde para debate*. 2014; 51: 105-20.
42. Senna MCM, Costa AM, Silva LN. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade em Debate*. 2010 Jan/Jun; 16(1): 121-37.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo comparou o grau de orientação à APS nas Unidades de Atenção Básica à Saúde que operam com diferentes modelos de atenção à criança. Avaliou qual está mais orientado à Atenção Primária à Saúde da criança, considerando a presença e a extensão dos atributos essenciais e dos derivados da APS para o cuidado infantil e ampliando o olhar para os atributos acesso de primeiro contato e orientação familiar e orientação comunitária por meio dos itens que os compõem.

A qualidade da atenção ofertada à criança pelos diferentes modelos de APS só foi avaliada na percepção de familiares e/ou cuidadores de crianças. Porém, tendo em vista a importância dos demais envolvidos no processo de avaliação da atenção primária, recomenda-se que sejam incluídos gestores e profissionais de saúde que atuam no contexto da APS, para uma visão ampliada desse ponto de entrada nas Redes de Atenção à Saúde.

No processo de avaliação, foi possível evidenciar que a Unidade Básica de Saúde mista revelou ser o único modelo com escore geral satisfatório à APS, e, portanto, o modelo mais orientado à atenção primária à saúde da criança. Assim, tendo em vista que contempla em sua conformação a ESF, confirmou a hipótese levantada pelo presente estudo de que a ESF quando comparada com os outros modelos que não atuam com essa proposta, apesar dos desafios para oferecer uma atenção primária efetiva e de boa qualidade como modelo de reorientação à APS, apresenta maior presença e extensão dos atributos ordenadores da APS, e, portanto, é o modelo com maior orientação à APS na atenção à criança.

Cabe, no entanto, ressaltar que, embora os modelos de UBS tradicional e USF não tenham alcançado o ponto de corte estabelecido, apresentaram valores muito próximos do ideal, o que indica que estão caminhando nessa direção. Isso desperta a atenção para o fato de que, mesmo diante de indubitáveis limitações a serem superadas, cada modelo apresenta potencialidades em relação às dimensões da APS que, quando somadas, podem contribuir para qualificar a atenção à saúde da criança no modelo de UBS mista, porquanto essa conformação integra a UBS tradicional e ESF em uma mesma estrutura de APS.

Nessa perspectiva, constatou-se que a UBS mista apresentou escore ideal e com diferença estatisticamente significativa superior aos demais modelos para a maioria dos atributos essenciais (grau de afiliação, coordenação - integração de cuidados, integralidade - serviços disponíveis e serviços prestados), no entanto, tanto o modelo tradicional quanto os com ESF se destacaram para os atributos coordenação - sistema de informação e acesso de

primeiro contato - acessibilidade, e longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária, respectivamente.

Apesar da diferença superior dos modelos tradicional e com ESF para os atributos mencionados acima, quase todos obtiveram escores insatisfatórios à APS, o que indica que, embora estejam envidando esforços para implementar ações e práticas em consonância com os princípios do SUS, muitos são os entraves a serem superados para uma atenção integral e de boa qualidade dispensada à criança na APS. Esse fato é preocupante, pois demonstra que mesmo com experiências exitosas, a ESF ainda não está consolidada como ordenadora da Rede de Atenção e coordenadora da atenção, tendo em vista as dificuldades no acesso aos serviços e na continuidade do cuidado nessa Rede.

No atributo acesso de primeiro contato, como uma condição *sine qua non* para integralidade da atenção, apesar de todos os modelos apresentarem disponibilidade de serviços e profissionais como fonte regular de atenção às famílias, mediante as necessidades de saúde de suas crianças e a qualidade do cuidado ofertado na atenção primária, com a dimensão utilização satisfatória à APS, em todos eles as crianças e suas famílias enfrentam entraves para adentrar ao sistema de saúde para receber a atenção necessária, pois a acessibilidade foi aquém do ideal.

Todavia, vale destacar que, na dimensão acessibilidade, os modelos que atuam com a proposta de ESF apresentaram diferença superior em relação ao modelo tradicional ao atender à criança quando está doente e considerar o olhar da família para isso (USF), além de agendar as consultas sem precisar esperar tanto ou falar com muitas pessoas (USF e UBS mista). Já a UBS foi superior em relação à ESF ao possibilitar menos tempo de espera para atendimento em relação à USF e ao acesso a aconselhamento por telefone.

Apreende-se que, embora persistam os desafios para se implementar uma atenção integral à criança, diante dos modelos de APS vigentes, é premente refletir sobre as potencialidades do modelo tradicional que podem contribuir para que a criança seja acolhida por demanda espontânea, sem perder oportunidades, conforme institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, e que a presença de especialistas na equipe, a exemplo do pediatra, possa melhorar o processo de trabalho das equipes que atuam com base na saúde da família para atender às demandas infantis e reorientar a APS.

Igualmente deve acontecer sobre os modelos com ESF, pois embora insatisfatórios à APS, apresentaram diferença superior ao modelo tradicional para os atributos longitudinalidade, com valores mais próximos do ideal para uma APS de boa qualidade, e orientação familiar e orientação comunitária. Isso pode sugerir mais regularidade dos modelos

que contemplam a ESF no seguimento da atenção à criança na APS que, ainda que a passos lentos, visa reconhecer o contexto familiar, comunitário e social da criança assistida, com esforços concentrados para adequar a prática em consonância aos princípios da APS.

Para o atributo integralidade, somente a UBS mista apresentou alto escore à APS para as dimensões serviços disponíveis e serviços prestados. Isso denota a oferta de serviços de assistência à criança pelos modelos tradicional e de saúde da família, isoladamente, encontra-se aquém do esperado para atender às necessidades de saúde do indivíduo em todos os ciclos de vida, por todos os setores de atenção. Isso desperta a atenção para as possibilidades advindas da interação da ESF com o modelo tradicional para ampliar as ações e reorganizar a APS.

Acredita-se que os resultados ora apresentados dão conta de evidenciar que a UBS mista é o modelo mais orientado à APS. Isso pode contribuir para ampliar a discussão acerca desse modelo com mais capacidade para uma atenção efetiva e de boa qualidade à criança, pois se apreende que as fragilidades de cada modelo podem ser supridas quando eles operam em conjunto, de modo a influenciar o processo de cuidado dispensado à criança no modelo de UBS mista, perante a realidade vigente de sua implementação.

Diante disso, urge a necessidade de realizar novos estudos que possam elucidar o processo de trabalho das equipes que atuam na conformação de UBS mista, a fim de detalhar as especificidades envolvidas na atuação contínua dos profissionais de saúde do modelo tradicional e da estratégia de saúde da família, quando atuam conjuntamente no cuidado infantil. A relevância disso está posta nas possíveis contribuições fornecidas para reformular o modelo de reorientação da APS, a ESF, perante os desafios para o alcance das dimensões estruturantes da atenção primária, que atualmente vêm instigando estudiosos a repensarem a Atenção Primária à Saúde brasileira na perspectiva de um novo ciclo de Atenção Básica, rumo a uma saúde de melhor qualidade.

Ademais, é necessário refletir sobre o processo de trabalho implementado pelas equipes de saúde, no sentido de redirecionar e fortalecer a formação e a capacitação profissional, por meio de uma educação permanente em saúde capaz de despertar as equipes para um pensar e um agir congruentes com a integralidade e a interdisciplinaridade do cuidado dispensado ao sujeito como ser social, por uma APS abrangente, efetiva e de boa qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Child health follow-up and the longitudinality of caring. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(4): 675-9)
2. World Bank; World Health Organization; UN Department Of Economic And Social Affairs; UN Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality - Report 2015 [acesso em 20 mar 2016]. Disponível em: <http://www.childmortality.org/>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 272 p
4. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JER, Melo EA, Reis AAC. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Cien saude colet.* 2016; 21(2): 327-338.
5. World Health Organization and Maternal and Child Epidemiology Estimation Group, provisional estimates; 2015
6. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva; 2013a.
7. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea; MP, SPI, 2014. 208 p. [acesso em 20 mar 2016]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Criança. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2015 ago 05; Seção 1. p.1-37.
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011; 21 out.
11. Mendes EV. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS.* 2005 Jul-Dez; 8(2): 218-19.
12. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 2015. 193p.
13. Morosini MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

14. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev. Bras Med Fam Comunidade*. 2013 Out-Dez; 8(29): 294-303.
15. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.
16. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*. 2012; 27: 348-55.
17. Macinko J, Guanais F, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 [acesso em 20 mar 2016]; 60: 13-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>.
18. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2012 Set; 28(9): 1772-84.
19. Finkler AL, Viera CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6): 548-53.
20. Sousa FG, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(Esp): 263-71.
21. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev Latino-AM Enfermagem*. 2013 Mar-Abr [acesso em 3 junho 2014]; 21(2): 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf>
22. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev Rene*. 2011 Jan-Mar; 12(1): 73-80.
23. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. [online]. 2011 [acesso em 3 junho 2014]; 32(1): 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a06v32n1.pdf>
24. Secretaria municipal de saúde (PR). Plano Municipal de Saúde 2010-2013: 9ª e 10ª Conferência Municipal de Saúde. Cascavel: SMS; 2012. [acesso em 15 fev 2016]. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/01022012_pms_2010-2013.pdf
25. Assis LCF, Veríssimo MLOR. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2010; 20(2): 317-29.

26. Tanaka OY, Espírito Santo ACG. Primary health care quality evaluation using respiratory diseases as tracer in a health district in the city Sao Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008 Jul-Set; 8(3): 325-32.
27. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. A atenção básica que queremos. Brasília: CONASEMS; 2011.
28. Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Veríssimo MLOR, Mello DF. Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 Jun [acesso em 20 nov 2013]; 32(2): 241-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a05v32n2.pdf>
29. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1): 30-6.
30. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde do Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate*. 2015 [acesso em 10 mar 2016]; 39(105): 387-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>
31. Nóbrega VM, Damasceno SS, Rodrigues PF, Reichert APS, Collet N. Atenção à criança com doença crônica na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm*. 2013 Jan-Mar; 18(1): 57-63.
32. Reichert APS, Vasconcelos MGL, Eickmann SH, Lima MC. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Out; 46(5): 1049-56
33. Brito TA, Jesus CS. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Revista Digital*. 2009 Dez [acesso em 20 mar 2014]; 14(139). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>
34. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini RCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Cienc saúde colet*. 2011; 16(7): 3229-240.
35. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos GV, Guerreiro AVP(orgs). *Manual de práticas de Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2010.
36. Penn D et al. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, Ministry of Health. Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920. [acesso em 20 mar 2016]. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>
37. Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para Infância. Cuidados primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF; 1979.

38. Ribeiro FA. Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. São Paulo, 2007. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007.
39. Vuori H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*. 1984; 6: 221-31.
40. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.783-836.
41. Unger JP, Lilligsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Sciences and Medicine*. 1986; 22: 1001-13.
42. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979; 301: 967-74.
43. Institute of Medicine. *Defining primary care: an interim report*. Washington: The National Academies Press; 1994.
44. Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: HSS,OPS; 2010.
45. Melo RJ. *Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde*. Dissertação de mestrado em política social da Universidade Federal do Espírito Santo. 2009.
46. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health. *Health policy*. 1985; 4(3):221-30.
47. Organización Panamericana de la Salud. *Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Development and Strengthening of local Health Systems in the transformation of National Health Systems*; 1989.
48. Buss PM, Ferreira JR. *Atenção primária e promoção da saúde*. In: Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
49. Lopes MSV et al. Análise do Conceito de Promoção à Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jul-Set; 19(3): 461-68.
50. Organização Panamericana de Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde; 2005.
51. Ministério de Saúde (BR). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: DOU, 1990a.

52. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990b.

53. Souza MHN, Gomes TNC; Paz EPA, Trindade CS, Veras RCC. Estratégia acolhimento mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do município do rio de janeiro. Esc Anna Nery. 2011 Out-Dez; 15(4): 671-7.

54. Toso BRGO. Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica. 2011. 373f. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

55. Oliveira VBCA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança no município de Colombo-PR [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

56. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.

57. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007. 282p.

58. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L. et al. (Orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. P.547-73.

59. Mendes EV. A construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 2014.

60. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc saude colet. 2010; 15(5): 2297-305.

61. Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para promoção da saúde. in: Czeresnia D, Freitas CM. (Orgs) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

62. Arreaza ALV, Moraes JC. Contribuição teórico-conceitual para pesquisa avaliativa no contexto da vigilância da saúde. Cien saude colet. 2010; 15(5): 2627-38.

63. Teixeira A, Bahia L, Viana MLW. Nota sobre regulação os planos de saúde de empresas, no Brasil. In: Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação e saúde; estruturação, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS; 2002.

64. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia LL, Macinko J. The Brazilian health system: history, advance, and challenges. The Lancet. 2011 May; 377: 1778-97.

65. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92p.

66. Giovanella L (org.) et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1112p.
67. Rocha EF, Paiva LFA, Oliveira RH. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações tecnológicas. Cad. Ter. Ocup UFSCar. 2012; 20(3): 351-61.
68. Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema único de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012.
69. Teixeira CF; Solla JP. Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edfba; 2006.
70. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ; Almeida Filho N (orgs.) Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
71. Secretaria Municipal de Saúde (SP). Atenção Básica e PSF. Documento Norteador: compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo; 2005.
72. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2011 Jul-Set; 11(3): 323-34.
73. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília : Ministério da Saúde; 2009. 64p.
74. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção primária à saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. Revista APS. 2007 Jul-Dez [acesso em 20 abr 2014]; 10(2): 189-99. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11tencao.pdf>
75. Mishima SM. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2010 [acesso em 20 abr 2014]; 44(3): 766-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/31.pdf>
76. Lima-Costa MFL, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2013 Jul; 29(7): 1370-80.
77. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
78. Abrahão-Curvo P. Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção. Dissertação de Mestrado apresenta à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2010. 153p.

79. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 52p.
80. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DOU, 2011.
81. Barbosa ACQ, . Proposição de Metodologia de Avaliação de Desempenho das equipes de Saúde da Família e satisfação de usuários: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde Nig.One UFMG, 2009. 82p.
82. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção básica. Histórico de cobertura do saúde da família. [acesso em 10 ago 2016. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
83. Masiglia RMG. Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo. São Paulo, 2008. Projeto CNPq Edital nº 49/2005 MCT- CNPq /MS-DAB/SAS. Processo nº 40241/2005-1.
84. Contrato de Gestão 2014 (SP). ANEXO V.
85. Carvalho ALB et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Cienc saúde colet. 2012 [acesso em 20 abr 2014]; 17(4): 901-11. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>.
86. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em Saúde: conceitos Básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (orgs). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
87. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde; 2011. p.181-99.
88. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cienc saude colet. 2006 [acesso em 3 abr 2013]; 11(3): 705-11. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>.
89. Contandriopoulos AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.p.29-37.
90. Cruz MM, Reis AC. Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. [se]; 2011.
91. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Cienc. saude colet. 2012; 17(4): 821-8.

92. Furtado JP. Avaliação de programa e serviços. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
93. Santos TMMG, Silva NC, Nogueira LT, Vilarinho LM, Nunes GBL. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. Rev Rene Fortaleza. 2010 Jul-Set; 11(3): 171-9.
94. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzheim E, Vigo A, Hauser L, Chomatas ERVeiga. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. Epidemiol. Serv. Saúde. 2013 Jan-Mar; 22(1): 41-8.
95. Lakatos EM. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2011.
96. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. 2011; 20(4): 927-34.
97. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. Cienc saude colet. 2010; 15(Supl. 2): 3139-47.
98. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. Int J Qual Health Care. 1996 Sept; 8(4): 401-7.
99. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Ann Arbor/Health Administration Press; 1980.
100. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool PACTool*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.
101. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.
102. Silva NF. Análise da acessibilidade aos serviços de saúde na perspectiva dos usuários: um estudo de caso no Baixo Amazonas. Dissertação (mestrado) – Universidade da Amazônia. Belém, 2012.
103. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004 Out; 20(2): 190-8.
104. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES. Caderno estatístico município de Cascavel. 2013. [acesso em 02 fev. 2015. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85800&btOk=ok>
105. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2014. [acesso em 03 jan 2015]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410480&search=parana/cascavel>

106. Prefeitura Municipal de Cascavel (PR). Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Cascavel-PR, 2014. [acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: www.cascavel.pr.gov.br.

107. Prefeitura Municipal de Cascavel (PR). [acesso em 20 mar 2016]. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=142>

108. Prefeitura Municipal de Londrina (PR). Secretaria Municipal de Saúde. Londrina-PR, 2009.

109. Prefeitura Municipal de Londrina (PR). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Londrina-PR, 2014. [acesso em 23 abr 2014]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=618.

110. Gil CRR, Marin GB, Gutierrez PRA. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta no processo de municipalização. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L (orgs.). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

111. Prefeitura Municipal de Londrina (PR). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Londrina-PR, 2010.

112. Alves BA. Avaliação da efetividade da atenção primária à saúde da criança em município do sul do Brasil. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.124f.

113. Oliveira KS. Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado. 2014. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. 2014.

114. Londrina, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Saúde 2007. Londrina, 2008

115. Londrina, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Saúde 2010. Londrina, 2011.

116. Londrina, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Saúde 2013. Londrina, 2014.

117. Prefeitura Municipal de Londrina (PR). Saúde presta contas em audiência pública. 24 fevereiro de 2016. [acesso em 20 mar 2016]. Disponível em: http://cmtuld.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23748:saude-presta-contas-em-audiencia-publica&catid=108:destaques

118. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2014. [acesso em 03 jan]. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250750&search=paraibajoaopessoa>.

119. Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB). Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários/Unidade de Saúde. João Pessoa, 2005-2014.

120. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 340, de 4 de Março de 2013. Redefine o componente construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília: DOU, 2013.

121. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.903, de 4 de Setembro de 2013. Altera os artigos 4º, 6º, 10, 25 e o Anexo I da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013 que Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília: DOU, 2013.

122. Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB). Distritos sanitários. [acesso em 5 mar 2016]. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/>.

123. Chaves ACC, Silva VLA. Processo de trabalho e produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a realidade de enfermeiras. Rev Bras Ciencia da Saúde. 2011 [acesso em 2 mar 2016]; 15(3): 249-64. Disponível em: <file:///C:/Users/Nathanielly/Downloads/10563-17183-1-PB.pdf>.

124. Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB). Secretaria de Saúde. Rede Hospitalar garante assistência de média e alta complexidade aos usuários do SUS no município. [acesso em 03 mai 2016]. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/rede-hospitalar-garante-assistencia-de-media-e-alta-complexidade-aos-usuarios-do-sus-no-municipio/>

125. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde e Pública. 2006 Ago; 22(8): 1649-59.

126. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJS. Evaluating the tools used to assess a medical home. Managed Care, june; 2009.

127. Starfield B, Cassady CE, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. 2000; 105(4): 998-1003.

128. Starfield B, Xu J, Shu L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J. fam. pract. 2001 Jul; 50(2): 161-75.

129. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília, 12 dez. 2012. Publicada no DOU nº 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013, Seção 1, p59.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Cascavel - Paraná

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

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

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

– Pesquisador responsável: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; Fones: (45) 9971-1791; (45)3220-3147

- Colaboradores: Cláudia Silveira Viera; Fones: (45)9912-0066; (45)3220-3147

Palcha Luízar Obregón; Fones: (45)8801-5923; (45)3252-0528

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

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

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

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

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

Uma cópia deste TCLE será entregue a você; será mantida a confidencialidade do que você me informar e os dados serão utilizados só para fins científicos; você poderá cancelar sua participação a qualquer momento; o telefone do comitê de ética é 3220-3272, caso você necessite de maiores informações.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: _____
Assinatura: _____

Eu, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Cascavel, ____ de ____ de 20 ____.



APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Londrina - Paraná

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

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

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

– Pesquisador responsável: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; Fones: (45) 9971-1791; (45)3220-3147

- Colaboradores: Cláudia Silveira Viera; Fones: (45)9912-0066; (45)3220-3147

Pallcha Luízar Obregón; Fones: (45)8801-5923; (45)3252-0528

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

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

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

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

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

Uma cópia deste TCLE será entregue a você; será mantida a confidencialidade do que você me informar e os dados serão utilizados só para fins científicos; você poderá cancelar sua participação a qualquer momento; o telefone do comitê de ética é 3220-3272, caso você necessite de maiores informações.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: _____
Assinatura: _____

Eu, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Cascavel, ____ de ____ de 20 ____.



APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – João Pessoa - Paraíba

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

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

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

– Pesquisador responsável: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; Fones: (45) 9971-1791; (45)3220-3147

- Colaboradores: Neusa Collet; Fones: (83)8680-2004; (83)3216-7109

Altamira Pereira da Silva Reichert; Fones: (83)9116-1065; (83)3216-7109

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

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

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

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

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

Uma cópia deste TCLE será entregue a você; será mantida a confidencialidade do que você me informar e os dados serão utilizados só para fins científicos; você poderá cancelar sua participação a qualquer momento; o telefone do comitê de ética é (45)3220-3272 ou (83)3216-7964, caso você necessite de maiores informações.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____



Eu, _____ declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

João Pessoa, _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados socioeconômicos e demográficos

**PESQUISA MULTICÊNTRICA – AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA**

**PERFIL SOCIO ECONÔMICO DEMOGRAFICO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA ATENDIDA
NA UBS E NAS UNIDADES QUE OPERAM COM A ESF**

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

UBS/USF de referência: _____.

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

cuidador:		
Quantos anos de estudo tem o principal cuidador?	06	00 <input type="checkbox"/> nenhum. _____ anos.
Qual a situação conjugal dos pais do/a _____ (NOME DA CRIANÇA).	07	1 <input type="checkbox"/> casados 2 <input type="checkbox"/> união estável 3 <input type="checkbox"/> mãe solteira 4 <input type="checkbox"/> pai solteiro 5 <input type="checkbox"/> namorados 6 <input type="checkbox"/> viúvo/a 7 <input type="checkbox"/> pai casado 8 <input type="checkbox"/> mãe casada
Quantos anos de estudo tem o pai?	08	00 <input type="checkbox"/> nenhum. _____ anos.
Quantos anos de estudo tem a mãe?	09	00 <input type="checkbox"/> nenhum. _____ anos.
Qual é a ocupação do pai?	10	1 <input type="checkbox"/> Empregado do comércio 2 <input type="checkbox"/> Trabalhador domestico 3 <input type="checkbox"/> Empregado da construção civil 4 <input type="checkbox"/> auxiliar de serviços gerais 5 <input type="checkbox"/> Conta própria - informal 6 <input type="checkbox"/> Trabalhador rural 7 <input type="checkbox"/> autônomo 8 <input type="checkbox"/> Sem ocupação no momento 9 <input type="checkbox"/> outros
Qual é a ocupação da mãe?	11	1 <input type="checkbox"/> Empregado do comércio 2 <input type="checkbox"/> Trabalhador domestico 3 <input type="checkbox"/> Empregado da construção civil 4 <input type="checkbox"/> Auxiliar de serviços gerais 5 <input type="checkbox"/> Conta própria - informal 6 <input type="checkbox"/> Trabalhador rural 7 <input type="checkbox"/> Autônomo 8 <input type="checkbox"/> Sem ocupação no momento 9 <input type="checkbox"/> Do lar 10 <input type="checkbox"/> Outros
Qual a Renda Familiar aproximada?	12	1 <input type="checkbox"/> menos do que um Salário Mínimo (SM) 2 <input type="checkbox"/> um SM 3 <input type="checkbox"/> dois SM 4 <input type="checkbox"/> três SM 5 <input type="checkbox"/> quatro SM 6 <input type="checkbox"/> mais de quatro SM:
Quantas pessoas contribuem para essa renda?	13	1 <input type="checkbox"/> uma pessoa 2 <input type="checkbox"/> duas pessoas 3 <input type="checkbox"/> três ou mais pessoas
Quem contribui para a renda familiar?	14	1 <input type="checkbox"/> Pai 2 <input type="checkbox"/> Mãe 3 <input type="checkbox"/> Pai e mãe 4 <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____

Quantas pessoas dependem desta renda?	15	1 <input type="checkbox"/> até duas 2 <input type="checkbox"/> três 3 <input type="checkbox"/> quatro 4 <input type="checkbox"/> cinco 5 <input type="checkbox"/> seis 6 <input type="checkbox"/> sete 7 <input type="checkbox"/> oito 8 <input type="checkbox"/> nove 9 <input type="checkbox"/> dez 10 <input type="checkbox"/> mais de dez
Quais eletrodomésticos existem na casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	16	1 <input type="checkbox"/> geladeira 2 <input type="checkbox"/> televisão 3 <input type="checkbox"/> fogão a gás 4 <input type="checkbox"/> chuveiro elétrico 5 <input type="checkbox"/> rádio 6 <input type="checkbox"/> máquina de lavar roupa 7 <input type="checkbox"/> computador
A casa de _____ (NOME DA CRIANÇA) é:	46	1 <input type="checkbox"/> própria 2 <input type="checkbox"/> alugada 3 <input type="checkbox"/> cedida 4 <input type="checkbox"/> conjunto habitacional 5 <input type="checkbox"/> invasão legalizada 6 <input type="checkbox"/> invasão não legalizada
Qual é o tipo de construção da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	17	1 <input type="checkbox"/> alvenaria 2 <input type="checkbox"/> madeira 3 <input type="checkbox"/> mista 4 <input type="checkbox"/> lona
Quantos cômodos possui a casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	18	1 <input type="checkbox"/> um 2 <input type="checkbox"/> dois 3 <input type="checkbox"/> três 4 <input type="checkbox"/> quatro 5 <input type="checkbox"/> mais de quatro
Qual a característica dominante da área da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	19	1 <input type="checkbox"/> residencial 2 <input type="checkbox"/> comercial 3 <input type="checkbox"/> industrial 4 <input type="checkbox"/> mista 5 <input type="checkbox"/> área verde
Como é o abastecimento de água na residência de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	20	1 <input type="checkbox"/> da rede oficial e tratada 2 <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento regular 3 <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento irregular 4 <input type="checkbox"/> água de poço 5 <input type="checkbox"/> mina 6 <input type="checkbox"/> rio
Como é a rede de esgoto da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	21	1 <input type="checkbox"/> rede oficial 2 <input type="checkbox"/> fossa 3 <input type="checkbox"/> esgoto a céu aberto
E a eletricidade?	22	1 <input type="checkbox"/> rede oficial 2 <input type="checkbox"/> ligação coletiva 3 <input type="checkbox"/> ligação clandestina 4 <input type="checkbox"/> ausente
Como é a coleta de lixo?	23	1 <input type="checkbox"/> regular 2 <input type="checkbox"/> irregular 3 <input type="checkbox"/> queimado

		4 <input type="checkbox"/> enterrado 5 <input type="checkbox"/> acumulado
Como é a rua da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	24	1 <input type="checkbox"/> asfalto 2 <input type="checkbox"/> calçamento 3 <input type="checkbox"/> terra
Qual é o meio de transporte mais utilizado pela família de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	25	1 <input type="checkbox"/> carro próprio 2 <input type="checkbox"/> motocicleta 3 <input type="checkbox"/> ônibus coletivo 4 <input type="checkbox"/> bicicleta 5 <input type="checkbox"/> outros: _____ _____

ANEXO A – Normas da Revista International Archives de Medicine

**Submissions**

Registration and login are required to submit items online and to check the status of current submissions.

AUTHOR GUIDELINES**Contents**

Any manuscript submitted to a iMedPub journal and any book published with iMedPub must be original. The manuscript/book, or substantial parts of it, must not be under consideration by any other journal/publisher.

In general, the manuscript/book should not have already been formally published. However, we allow preprint publication and postacceptance peer-review.

In any case where there is the potential for overlap or duplication we require that authors are transparent. Any potentially overlapping publications should be declared on submission and, where possible, uploaded as additional files with the manuscript. Any overlapping publications should be cited. The Editors of iMedPub journals reserve the right to judge potentially overlapping or redundant publications on a case-by-case basis.

Format

Most articles published in iMedPub Journals will be organized into the following sections: title, authors, affiliations, abstract, introduction, methods, results, discussion, references, acknowledgments, and figure legends. Uniformity in format will help readers and users of the journal. We recognize, however, that this format is not ideal for all types of studies. If you have a manuscript that would benefit from a different format, please contact the editors to discuss this further. Although we have no firm length restrictions for the entire manuscript or individual sections, we urge authors to present and discuss their findings concisely.

Title

The title should be specific to the study yet concise, and should allow sensitive and specific electronic retrieval of the article. It should be comprehensible to readers outside your field. Avoid specialist abbreviations if possible. Titles should be presented in title case, meaning that all words except for prepositions, articles, and conjunctions should be capitalized. If the paper is a randomized controlled trial or a meta-analysis, this description should be in the title.

Examples: Climate Change and Increased Spread of Malaria in Sub-Saharan Africa A Cluster-Randomized Controlled Trial of a Nurse-Led Intervention after Stroke Please also provide a brief "running head" of approximately 40 characters.

Authors and Affiliations

Provide the first names or initials (if used), middle names or initials (if used), surnames, and affiliations—department, university or organization, city, state/province (if applicable), and country—for all authors. One of the authors should be designated as the corresponding author. It is the corresponding author's responsibility to ensure that the author list, and the summary of the author contributions to the study are accurate and complete. If the article has been submitted on behalf of a consortium, all consortium members and affiliations should be listed after the Acknowledgments.

Abstract

The abstract is divided into the following four sections with these headings: Title, Background, Methods and Findings, and Conclusions. It should contain the all following elements, except for items in square brackets, which are only needed for some study types. Please use the same format for abstracts submitted as presubmission inquiries.

Background

This section should describe clearly the rationale for the study being done. It should end with a statement of the specific study hypotheses and/or study objectives.

Methods and Findings

Describe the participants or what was studied (eg cell lines, patient group; be as specific as possible, including numbers studied). Describe the study design/intervention/main methods used/What was primarily being assessed eg primary outcome measure and, if appropriate, over what period.

[If appropriate, include how many participants were assessed out of those enrolled eg what was the response rate for a survey.]

[If critical to the understanding of the paper, describe how results were analysed, ie which specific statistical tests were used.]

For the main outcomes provide a numerical result if appropriate (it nearly always is) and a measure of its precision (e.g. 95% confidence interval). Describe any adverse events or side effects.

Describe the main limitations of the study.

Conclusions

Provide a general interpretation of the results with any important recommendations for future research.

[For a clinical trial provide any trial identification numbers and names (e.g. trial registration number, protocol number or acronym).]

Introduction

The introduction should discuss the purpose of the study in the broader context. As you compose the introduction, think of readers who are not experts in this field. Include a brief review of the key literature. If there are relevant controversies or disagreements in the field, they should be mentioned so that a non-expert reader can delve into these issues further. The introduction should conclude with a brief statement of the overall aim of the experiments and a comment about whether that aim was achieved.

Methods

This section should provide enough detail for reproduction of the findings. Protocols for new methods should be included, but well-established protocols may simply be referenced. Detailed methodology or supporting information relevant to the methodology can be published on our Web site.

This section should also include a section with descriptions of any statistical methods employed. These should conform to the criteria outlined by the Uniform Requirements, as follows: "Describe statistical methods with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to verify the reported results. When possible, quantify findings and present them with appropriate indicators of measurement error or uncertainty (such as

confidence intervals). Avoid relying solely on statistical hypothesis testing, such as the use of P values, which fails to convey important quantitative information. Discuss the eligibility of research participants. Give details about randomization. Describe the methods for and success of any blinding of observations. Report complications of treatment. Give numbers of observations. Report losses to observation (such as dropouts from a clinical trial). References for the design of the study and statistical methods should be to standard works when possible (with pages stated) rather than to papers in which the designs or methods were originally reported. Specify any general-use computer programs used."

Results

The results section should include all relevant positive and negative findings. The section may be divided into subsections, each with a concise subheading. Large datasets, including raw data, should be submitted as supporting files; these are published online alongside the accepted article. The results section should be written in past tense.

As outlined in the Uniform requirements, authors that present statistical data in the Results section, should "...specify the statistical methods used to analyze them. Restrict tables and figures to those needed to explain the argument of the paper and to assess its support. Use graphs as an alternative to tables with many entries; do not duplicate data in graphs and tables. Avoid nontechnical uses of technical terms in statistics, such as "random" (which implies a randomizing device), "normal," "significant," "correlations," and "sample." Define statistical terms, abbreviations, and most symbols."

Discussion

The discussion should be concise and tightly argued. It should start with a brief summary of the main findings. It should include paragraphs on the generalisability, clinical relevance, strengths, and, most importantly, the limitations of your study. You may wish to discuss the following points also. How do the conclusions affect the existing knowledge in the field? How can future research build on these observations? What are the key experiments that must be done?

References

The International Committee of Medical Journal Editors offers guidance to authors in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication. The recommended style for references is based on the National Information Standards Organization NISO Z39.29-2005 (R2010) Bibliographic References as adapted by the National Library of Medicine for its databases. Details are in Citing Medicine. (Note Appendix F which covers how citations in MEDLINE/PubMed differ from the advice in Citing Medicine.) Sample references typically used by authors of journal articles are provided below.

Articles in Journals

1. Standard journal article

List the first six authors followed by et al. (Note: NLM now lists all authors.)

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25; 347(4): 284-7.

As an option, if a journal carries continuous pagination throughout a volume (as many medical journals do) the month and issue number may be omitted.

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002; 347: 284-7.

2. More than six authors:
Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002; 935(1-2): 40-6.
3. Optional addition of a database's unique identifier for the citation: [Edited 12 May 2009]
Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25; 347(4): 284-7. PubMed PMID: 12140307.
Forooghian F, Yeh S, Faia LJ, Nussenblatt RB. Uveitic foveal atrophy: clinical features and associations. *Arch Ophthalmol.* 2009 Feb; 127(2): 179-86. PubMed PMID: 19204236; PubMed Central PMCID: PMC2653214.
4. Optional addition of a clinical trial registration number: [Added 12 May 2009]
Trachtenberg F, Maserejian NN, Soncini JA, Hayes C, Tavares M. Does fluoride in compomers prevent future caries in children? *J Dent Res.* 2009 Mar; 88(3): 276-9. PubMed PMID: 19329464. ClinicalTrials.gov registration number: NCT00065988.
5. Organization as author
Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002; 40(5): 679-86.
6. Both personal authors and organization as author (List all as they appear in the byline.) [Edited 12 May 2009]
Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003; 169(6): 2257-61.
Margulies EH, Blanchette M; NISC Comparative Sequencing Program, Haussler D, Green ED. Identification and characterization of multi-species conserved sequences. *Genome Res.* 2003 Dec; 13(12): 2507-18.
7. No author given
21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002; 325(7357): 184.
8. Article not in English [Edited 12 May 2009]
Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Sykdomsangst blant medisins- og jusstudenter. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002; 122(8): 785-7. Norwegian.
9. Optional translation of article title (MEDLINE/PubMed practice):
Ellingsen AE, Wilhelmsen I. [Disease anxiety among medical students and law students]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002 Mar 20; 122(8): 785-7. Norwegian.
10. Volume with supplement
Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* 2002; 42 Suppl 2: S93-9.
11. Issue with supplement
Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology.* 2002; 58(12 Suppl 7): S6-12.
12. Volume with part
Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002; 83(Pt 2): 491-5.
13. Issue with part
Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol.* 2002; 13(9 Pt 1): 923-8.
14. Issue with no volume
Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop.* 2002; (401): 230-8.

15. No volume or issue
Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun: 1-6.
16. Pagination in roman numerals
Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002; 16(2): iii-v.
17. Type of article indicated as needed
Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. *Eur Respir J*. 2002; 20(1): 242.
Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 66 Suppl 1: S105.
18. Article containing retraction
Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(2): 169. Retraction of: Feifel D, Moutier CY, Perry W. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(12): 909-11.
19. Article containing a partial retraction: [Added 12 May 2009]
Starkman JS, Wolder CE, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. Voiding dysfunction after removal of eroded slings. *J Urol*. 2006 Dec; 176(6 Pt 1): 2749. Partial retraction of: Starkman JS, Wolter C, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. *J Urol*. 2006 Sep; 176(3): 1040-4.
20. Article retracted
Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(12): 909-11. Retraction in: Feifel D, Moutier CY, Perry W. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(2): 169.
21. Article partially retracted: [Added 12 May 2009]
Starkman JS, Wolter C, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. Voiding dysfunction following removal of eroded synthetic mid urethral slings. *J Urol*. 2006 Sep; 176(3): 1040-4. Partial retraction in: Starkman JS, Wolder CE, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. *J Urol*. 2006 Dec; 176(6 Pt 1): 2749.
22. Article republished with corrections
Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. *Mol Cell Endocrinol*. 2002; 188(1-2): 22-5. Corrected and republished from: *Mol Cell Endocrinol*. 2001; 183(1-2): 123-6.
23. Article with published erratum
Malinowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical review. *Clin Ther*. 2000; 22(10): 1151-68; discussion 1149-50. Erratum in: *Clin Ther*. 2001; 23(2): 309.
24. Article published electronically ahead of the print version
Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*. 2002 Nov 15; 100(10): 3828-31. Epub 2002 Jul 5.

Electronic Material

1. CD-ROM
Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
2. Journal article on the Internet [Edited 12 May 2009]
Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

3. Optional presentation (omits bracketed phrase that qualifies the journal title abbreviation):
 Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs*. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>
4. Article with document number in place of traditional pagination:
 Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29; 360(5): e6. PubMed PMID: 19179309.
5. Article with a Digital Object Identifier (DOI):
 Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. *BMJ*. 2009 Jan 7; 338: a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752. PubMed PMID: 19129307; PubMed Central PMCID: PMC2615549.

Figures

If the article is accepted for publication, the author will be asked to supply high-resolution, print-ready versions of the figures. Please ensure that the files conform to our Guidelines for Figure and Table Preparation when preparing your figures for production. After acceptance, authors will also be asked to provide an attractive image to highlight their paper online. Figures may be published under a Creative Commons Attribution License, which allows them to be freely used, distributed, and built upon as long as proper attribution is given. Please do not submit any figures that have been previously copyrighted unless you have express written permission from the copyright holder to publish under the CCAL license.

Tables

All tables should have a concise title. Footnotes can be used to explain abbreviations. Citations should be indicated using the same style as outlined above. Tables occupying more than one printed page should be avoided, if possible. Larger tables can be published as online supporting information. Tables must be cell-based; do not use picture elements, text boxes, tabs, or returns in tables. Please ensure that the files conform to our Guidelines for Figure and Table Preparation when preparing your tables for production.

Requirements for figures and tables

- 1) When you submit an article; tables and figures must be submitted as separate files
 - 2) Tables must be in Word.doc format
 - 3) Line Graphs should be in or tif or eps formats, and resolution of 900-1200 dpi. If you are unsure about this, please send us the graph in Microsoft excel format and we will convert it into eps or tif formats.
 - 4) Photographs containing no text must be in jpg or tif formats with resolution of 500+ dpi. If you do not have tif or eps, please submit as jpg.
 - 5) Images which contain a combination of text and picture elements must be jpg or tif or eps formats with resolution of 500-1200 dpi. If you do not have tif or eps, please submit as jpg.
- **** Generally, we will NOT accept any images with resolution below 300 dpi. You must submit at least in jpg format, that way we can change it into any other format accordingly.
- **** Please note that all images must be big (greater than the intended size) and of high resolution.

For more information regarding the image quality requirements, please visit: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/about/PMC_Filespec.html#Image_File_Requirements

Please note that we will be strictly enforcing these conditions and files which fail to conform to these requirements will not be considered for publication.

Multimedia files and supporting information

We encourage authors to submit essential supporting files and multimedia files along with their manuscripts. All supporting material will be subject to peer review, and should be smaller than 10 MB in size because of the difficulties that some users will experience in loading or downloading files of a greater size. If your material weights more than 10 MB, please provide it by email: iam@imedicalsociety.org

Supporting files should fall into one of the following categories: Dataset, Figure, Table, Text, Protocol, Audio, or Video. All supporting information should be referred to in the manuscript with a leading capital S (e.g., Figure S4 for the fourth supporting information figure). Titles (and, if desired, legends) for all supporting information files should be listed in the manuscript under the heading "Supporting Information."

Supporting files may be submitted in a variety of formats, but should be publication-ready, as these files are not copyedited. All video files should be submitted as AVI or Quicktime files.

Submission preparation checklist

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

1. The submission has not been previously published, nor is it before another journal for consideration (or an explanation has been provided in Comments to the Editor).
2. The submission file is in OpenOffice, Microsoft Word, RTF, or WordPerfect document file format.
3. Where available, URLs for the references have been provided.
4. The text is single-spaced; uses a 12-point font; employs italics, rather than underlining (except with URL addresses); and all illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end.
5. The text adheres to the stylistic and bibliographic requirements outlined in the Author Guidelines, which is found in About the Journal.
6. If submitting to a peer-reviewed section of the journal, the instructions in Ensuring a Blind Review have been followed.

Copyright notice

Authors who publish with this journal agree to the following terms:

1. Authors retain copyright and grant the journal right of first publication with the work simultaneously licensed under a Creative Commons Attribution License that allows others to share the work with an acknowledgement of the work's authorship and initial publication in this journal.
2. Authors are able to enter into separate, additional contractual arrangements for the non-exclusive distribution of the journal's published version of the work (e.g., post it to an institutional repository or publish it in a book), with an acknowledgement of its initial publication in this journal.
3. Authors are permitted and encouraged to post their work online (e.g., in institutional repositories or on their website) prior to and during the submission process, as it can lead to productive exchanges, as well as earlier and greater citation of published work (See The Effect of Open Access and Benefits of Publishing Open Access).

Privacy statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo de revisão integrativa da literatura

INTERNATIONAL
ARCHIVES OF MEDICINE
[Home](#) [About](#) [User Home](#) [Search](#) [Current](#) [Archives](#)

Home > User > Author > Active Submissions

Active Submissions

[Active](#) [Archive](#)

ID	MM-DD SUBMIT	SEC	AUTHORS	TITLE	STATUS
1701	05-31	primary	Santos, Silva, Albuquerque,...	STRENGTHS AND WEAKNESSES OF PRIMARY CHILD HEALTH CARE...	IN REVIEW

1 - 1 of 1 Items

Start a New Submission[CLICK HERE](#) to go to step one of the five-step submission process.

International Medical Society http://imedicalsociety.org	INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE SECTION: PRIMARY CARE ISSN: 1755-7682	2016 Vol. 9 No. 192 doi: 10.3823/2063
<div style="text-align: center;"> <h2>Strengths and Weaknesses of Primary Child Health Care Models: an Integrative Review</h2> <p>REVIEW</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> <p style="text-align: center;"> Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos¹, Laianny Luize Lima e Silva², Tarciane Marinho Albuquerque³, Simone Saores Damasceno³, Vanessa Medeiros Nóbrega³, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla⁴, Beatriz Rosana de Oliveira Toso⁵, Neusa Collet⁶, Altamira Pereira da Silva Reichert⁷ </p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>¹ Nurse, PhD student at the Postgraduate Nursing Programme, Federal University of Paraíba (Universidade Federal da Paraíba, UFPB). *</p> <p>² Nurse, Specialist in Family Health Research and Innovation at the SUS Open University (Universidade Aberto do SUS, UNASUS) and Federal University of Ceará (Universidade Federal do Ceará, UFC), Ceará, Brazil.</p> </div> </div>		

ANEXO C – Instrumento de coleta de dados – PCATool – Brasil – versão criança

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

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

☐ Não

☐ Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

☐ Não

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

D - LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, 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"/>

Continua...

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, 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	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, 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 necessita 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	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, 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 D – Instrumento para análise dos dados

2.4 Cálculo dos Escores – PCATool versão Criança

Como você observou ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

1º Passo. Inversão dos Valores

Os itens C2, C4, C5 e D10 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).

2º Passo. 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.

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.

Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

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

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 ≠ A2 ≠ A3 ≠ 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

Acesso de Primeiro Contato – O atributo é formado por 2 componentes.

Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B):

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.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C):**Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6.**

Os itens C2, C4 e C5 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão dos valores destes 3 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$$

Longitudinalidade (D):**Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14**

O item D10 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão dos valores de D10, o escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$$

Coordenação – O atributo é formado por 2 componentes.

Coordenação - Integração de Cuidados (E):**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 deve entrar no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.

$$\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6) / 5$$

Coordenação - Sistema de Informações (F):**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.

$$\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$$

Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes.

Integralidade - Serviços Disponíveis (G):**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.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$$

Integralidade - Serviços Prestados (H):**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.

$$\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5) / 5$$

ANEXO E – Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

 **unioeste**
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP


Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

PARECER 044/2012-CEP

Projeto de Pesquisa, pesquisador
responsável: Beatriz Rosana
Gonçalves de Oliveira Toso.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná analisou em sessão ordinária do dia 26/04/2012, Ata 02/2012 - CEP, o processo CAAEE nº 01295412.2.1001.0107, referente ao projeto, intitulado "Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança".

Assim, em conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e/ou a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Cascavel, 26 de Abril de 2012.


ANELINE MARIA RUEDELL

Coordenadora do CEP/Unioeste

ANEXO F – Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública

**Instruções para Autores**

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. (leia mais);

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras. (leia mais);

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

Instruções para Autores

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO *ONLINE*

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos [http: //www.ensp.fiocruz.br/csp/](http://www.ensp.fiocruz.br/csp/) do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

ANEXO G - Comprovante de submissão do artigo original 1



Início	Autor	Consultor	Editor	Mensagens	Sair
--------	-------	-----------	--------	-----------	------

CSP_0142/16

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	Presença e extensão dos atributos de Atenção Primária à Saúde da criança em distintos modelos de cuidado
Título corrido	Atributos da Atenção Primária à Saúde da criança
Área de Concentração	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
Palavras-chave	Atenção Primária à Saúde, Saúde da Criança, Avaliação de Serviços de Saúde
Fonte de Financiamento	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq
Sugestão de consultores	Eva Neri Rubim Pedro <evapedro@enf.ufrgs.br> Nair Regina Ritter Ribeiro <nair.ribeiro@ufrgs.br>
Autores	Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos (Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - Centro de Educação e Saúde) Elenice Maria Cecchetti Vaz (Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica) Jordana de Almeida Nogueira (Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso (Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) Neusa Collet (Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) Altamira Pereira da Silva Reichert (Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.)

DECISÕES EDITORIAIS: [\[Exibir histórico\]](#)

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
--------	--------------	---------	-----------	-------------------

ANEXO H – Normas da Revista Acta Paulista de Enfermagem

**INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

- Escopo e política
- Avaliação dos manuscritos
- Objetivos
- Forma e preparação de manuscritos
- Preparando um manuscrito para submissão
- Envio de manuscritos

Escopo e política

Os manuscritos podem ser submetidos em português ou inglês. Nos casos dos manuscritos redigidos em inglês, também será solicitada a tradução, neste caso para a língua portuguesa, da versão final aprovada. A publicação será realizada em inglês.

O manuscrito submetido à análise da Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A veracidade das informações e das citações bibliográficas é de responsabilidade exclusiva dos autores. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o artigo será desconsiderado.

A Acta segue o *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do <http://publicationethics.org/>

Avaliação dos manuscritos

A plataforma de submissão *on-line* da Acta Paulista de Enfermagem chama-se *ScholarOne*, que é um sistema completo de gerenciamento de fluxo de trabalho para revistas científicas, o qual gerencia a submissão, a revisão por pares, a produção e o processo de publicação de forma mais eficiente proporcionando a informação inteligente para ajudar a tomar decisões estratégicas.

O escritório editorial recebe e confere toda a documentação apresentada na submissão *on-line*. Os casos de não conformidade são devolvidos ao autor correspondente para adequação.

O escritório editorial encaminha para o editor chefe os manuscritos que atendem as instruções aos autores para a primeira decisão editorial que pode ser: continuar o processo de avaliação, solicitar revisões maiores ou rejeitar. Se, a critério do editor chefe, o manuscrito é atual e apresenta contribuição ao conhecimento, mas, necessita de revisões maiores, é devolvido aos autores com prazo para apresentação de nova versão.

Os manuscritos que vão continuar no processo de avaliação são encaminhados na plataforma de submissão para um dos editores associados. O editor associado analisa o manuscrito e pode

sugerir ao editor chefe a sua rejeição ou, se for o caso, indicar consultores ad hoc da área do artigo para a análise.

O editor associado recebe a análise dos consultores ad hoc, faz a apreciação crítica com base nos pareceres dos consultores e emite parecer recomendando ao editor chefe o aceite, ou correções menores ou a rejeição do manuscrito.

O editor chefe toma a decisão editorial e os manuscritos recomendados para publicação pelos editores associados são encaminhados para análise do editor técnico. Após o parecer do editor técnico, o editor chefe toma a decisão editorial final, encaminha para o autor correspondente e solicita a tradução para a língua inglesa ou portuguesa, se for o caso, no prazo de sete dias com certificação.

A Acta apresenta um corpo de tradutores credenciados, que, além da competência técnica, possuem enfermeiros em seu corpo de tradutores, fornecendo o certificado de tradução, sem o qual o artigo não poderá ser publicado. O mesmo ocorre para a língua portuguesa.

Os manuscritos aceitos para publicação passam a ser chamados de artigos e entram em produção editorial.

Quando o seu artigo estiver aceito e em processo de produção: pode comemorar!

Os artigos aceitos passam para a produção, sendo editados e diagramados.

Objetivo

Publicar resultados de pesquisas originais para o avanço das práticas de enfermagem clínica, cirúrgica, gerencial, ensino, pesquisa e tecnologia da informação e comunicação.

Forma e preparação de manuscritos

Antes de submeter um artigo para a Acta Paulista de Enfermagem, por favor, leia atentamente as instruções e consulte os **Padrões de Editoração** no *link*

<http://www.unifesp.br/acta/pdf/Acta%20Paul%20Enferm.%20-%20Padroes%20de%20Editoracao.pdf>.

Preparando um manuscrito para submissão

Lembramos aos autores a importância da aplicação correta das regras de ortografia e gramática na redação. Os manuscritos podem ser rejeitados imediatamente após a submissão quando não atendem a essas normas. Sugerimos que os manuscritos sejam encaminhados para profissional especializado para revisão de português antes da primeira submissão.

Salientamos que plágio acadêmico em qualquer nível é crime, fere a legislação brasileira no artigo 184 do Código Penal e no artigo 7º parágrafo terceiro da lei 9.610-98 que regulamenta o direito autoral, constituindo-se, assim, matéria cível e penal.

A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* <http://publicationethics.org/>.

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

1. Documentos para a submissão *on-line*

- a. Carta de Apresentação (*cover letter*) - nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicabilidade prática;
- b. Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao editor-chefe, conforme Modelo;
- c. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil, conforme o capítulo XII.2 da Res. CNS nº 466/2012, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética local;
- d. Comprovante do pagamento da taxa de submissão (*payment voucher*);
- e. Manuscrito (vide abaixo Documento Principal);
- f. Página de Título (veja no item 2 o que deve conter a página de título).

2. Página de Título (Title Page) deve conter:

- O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa alta no título;
- Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, cinco autores e as Instituições às quais pertencem (obrigatório);
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:
 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas;
- Agradecimentos: os autores devem agradecer todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também podem ser agradecidos, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso das agências de fomento, pode-se discriminar qual dos autores recebeu, por exemplo, bolsa de

produtividade em pesquisa ou bolsa de mestrado, etc. da seguinte forma: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa nível 1A para AB Exemplo); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para AB Exemplo2). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- Conflitos de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;
- Ensaio clínico: artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos desenvolvidos no Brasil, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica ou comprovante de submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. Para casos anteriores a data de publicação da RDC 36, de 27 de junho de 2012 da Agência de Vigilância Sanitária, ou para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da Internacional *Clinical Trials Registration Platform* (ICTRP/OMS);
- Indicação do nome completo do Autor correspondente, seu endereço institucional e e-mail.

3. Documento Principal (*Main Document*)

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

3.1 Título

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa alta no título.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente. Os autores devem incluir no título as informações que permitirão a recuperação eletrônica sensível e específica do artigo. Por isso, utilize o principal descritor como núcleo frasal.

O título não deve conter: abreviações, fórmulas, adjetivos excessivos, cidades, símbolos, datas, gírias, imprecisões e palavras dúbias, significado obscuro e palavras supérfluas (considerações sobre, contribuição ao estudo de, contribuição para o conhecimento de, estudo da, investigação de, subsídios para e etc..).

3.2 Resumo

O resumo, segundo o dicionário Houaiss, é uma apresentação abreviada de um texto. Deve fornecer o contexto ou a base para o estudo, procedimentos básicos, principais resultados, conclusões, de forma a enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. É a parte

mais lida do artigo científico depois do título. O intuito do resumo é facilitar a comunicação com o leitor.

Prepare o resumo no mesmo idioma do seu manuscrito com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:

- **Objetivo:** estabelecer a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas;
- **Métodos:** descrever o desenho do estudo, população e procedimentos básicos;
- **Resultados:** descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;
- **Conclusão:** frase simples e direta em resposta ao objetivo estabelecido e baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.
- Cinco descritores em Ciências da Saúde que representem o trabalho sendo três deles selecionados na listagem de descritores da Acta Paulista de Enfermagem e dois escolhidos pelo autor conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH Keywords <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>.

3.3 Corpo do manuscrito

A Acta aderiu à iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas, visando não só aumentar o potencial de publicação como também a divulgação internacional dos artigos e, portanto, devem ser utilizadas as seguintes guias internacionais:

Estudos/Ensaio	Guias Internacionais
Ensaio clínico randomizado	<u>CONSORT</u>
Revisões sistemáticas e metanálises	<u>PRISMA</u>
Estudos observacionais em epidemiologia	<u>STROBE</u>
Estudos qualitativos*	<u>COREQ*</u>

Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups (published in the Int. Journal for Quality in Health Care, 2007).* O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos e Referências. Siga os padrões de editoração da Acta. Acesse o link: <http://www.unifesp.br/acta/pdf/Acta%20Paul%20Enferm.%20-%20Padroes%20de%20Editoracao.pdf>.

- A **introdução** deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizadas para apoiar uma única idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se de que para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

- **Métodos** - descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos termine métodos com a seguinte frase: “O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos” (não há necessidade de detalhes sobre aprovação em CEP porque este documento será anexado na plataforma de submissão *on-line*).
- **Resultados** - descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

As Tabelas, Gráficos e Figuras, no **máximo** de três, **obrigatoriamente**, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo, sempre em formato original. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço. Consulte os **padrões de editoração** da Acta.

<http://www.unifesp.br/acta/pdf/Acta%20Paul%20Enferm.%20-%20Padroes%20de%20Editoracao.pdf>.

- **Discussão** - apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e a sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e a aplicabilidade.
- **Conclusão** - escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão.
- **Referências** - As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index*. Considere que as referências concorrem para convencer o leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, dão credibilidade ao relato. Só devem ser citadas as referências de periódicos científicos indexados em bases de dados internacionais, que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais, etc.) ou obras de reduzida expressão científica. Considere sempre a atualidade da referência,

pois a citação de obras recentes, isto é, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.

- No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;
- As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas que se referem a artigos com o texto completo em português ou outra língua, que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme exemplos abaixo. Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;
- Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas (livros, teses, anais) nem materiais de suporte (dicionários, estatística, e outros). Por favor, não inclua mais de 30 referências primárias e atualizadas (menos de cinco anos).

Envio de manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc04.manuscriptcentral.com/ape-scielo>.

Acta Paulista de Enfermagem

Endereço: Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002

Tel.: + 55 11 5576-4430 Ramais 2589/2590

Email: ape@unifesp.br

Site: <http://www.unifesp.br/acta/>

Home Page: <http://www.unifesp.br/acta/>

Facebook: <http://facebook.com/ActaPaulEnferm>

Twitter: [@ActaPaulEnferm](https://twitter.com/ActaPaulEnferm)

Tumblr: <http://actapaulenferm.tumblr.com/>

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

ANEXO I – Comprovante de submissão do artigo original 2

Dashboard

My Manuscripts	Author Resources
<p>0 Unsubmitted and Manuscripts in Draft</p> <p>0 Resubmitted Manuscripts in Draft</p> <p>0 Revised Manuscripts in Draft</p> <p>1 Submitted Manuscripts</p> <p>0 Manuscripts with Decisions</p> <p>0 Manuscripts I Have Co-Authored</p> <p>0 Withdrawn Manuscripts</p> <p>0 Invited Manuscripts</p>	<p> Click here to submit a new manuscript</p> <p>This section lists the subjects of the five most recent e-mails that have been sent to you regarding your submission(s). To view an e-mail, click on the link. To delete an e-mail from this list, click the delete link.</p> <p>Acta Paulista de Enfermagem - Manuscript ID APE-2015-0135 (18-Oct-2015) Delete</p> <p>APE-2015-0135 - Processo Editorial (24-Sep-2015) Delete</p> <p>Acta Paulista de Enfermagem - Manuscript ID APE-2015-0135 (24-Sep-2015) Delete</p>

Submitted Manuscripts

Manuscript ID	Manuscript Title	Date Created	Date Submitted	Status
APE-2015-0135	Orientação familiar e comunitária nos modelos de atenção à saúde da criança [View Submission] [Cover Letter]	09-Sep-2015	18-Oct-2015	ADM: Paul Enferm, Acta • Awaiting EIC Decision • Awaiting Reviewer Selection
 top				

ANEXO J – Normas da Revista Enfermagem da USP

**Diretrizes para Autores****Estrutura e Preparo dos Manuscritos**

- **Formato do arquivo:** doc ou docx (MS Word)

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte *Times New Roman*, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país.

Autor responsável: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: nos idiomas português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), até (1290 caracteres com espaço). Deve ser estruturado em:

objetivo, método, resultados e conclusão. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final como documento anexo ou na carta ao editor.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma dos resumos (português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores)); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS ([Descritores em Ciências da Saúde](#)), elaborado pela BIREME, ou MeSH ([Medical Subject Headings](#)), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

OBS: Os títulos, os resumos e os descritores devem ser repetidos no documento principal (**Main Document**), sem a identificação dos autores.

Conteúdo do texto (Main Document): Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Tipo ou desenho do estudo; população/cenário; critérios de seleção; definição da amostra (se for o caso); fonte, período procedimento de coleta, análise/tratamento dos dados e outros aspectos inerentes ao método. É necessário apresentar em documento anexo o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar no texto sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles citáveis. No máximo de 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4) ; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>). Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (no máximo 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.

OBS 1: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

OBS 2: Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: Tabelas, Quadros e Figuras, no máximo de cinco, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros, contendo local e ano.

Fotos e Imagens – Exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 DPI.

Fontes de financiamento: Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: Após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para o envio é de **30 dias**.

Siglas: Restrita ao mínimo e somente após terem sido citadas literalmente no texto; não usar em título e resumo.

Modelos de Referências

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010; 92(2): 236-41.

Artigo com mais de seis autores (citar os seis primeiros, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Place C, Scott A, Treacy P, Hyde A, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010; 66(6): 1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003; Suppl: 19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004; 104(6): 984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005; 142(8): 611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005; 102(3): 489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP. 2001; 45(4): 898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005; 11(4): 11.

Artigo num volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20 Supl 2: S190-8.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. J Adv Nurs. 2014 Feb 10. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo "In press"

Pereira S, Vianna LAC. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2). No prelo

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1): 18-24. DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of câncer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28]; 45(5): 1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3): 366-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf> DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Citing Medicine, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e utilizado, atualmente, pelo Uniform Requirements (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>)

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências. No caso de teses e dissertações, dar preferência para os artigos extraídos destas.