

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
SIMONE ELIZABETH DUARTE COUTINHO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE DA CRIANÇA EM DIFERENTES MODELOS ASSISTENCIAIS**

JOÃO PESSOA/PB
2016

SIMONE ELIZABETH DUARTE COUTINHO

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE DA CRIANÇA EM DIFERENTES MODELOS ASSISTENCIAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de 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: Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neusa Collet

JOÃO PESSOA
2016

SIMONE ELIZABETH DUARTE COUTINHO

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE DA CRIANÇA EM DIFERENTES MODELOS ASSISTENCIAIS

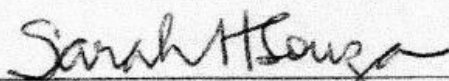
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de
Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como
requisito obtenção do Título de Doutor em Enfermagem,
área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 30 de Agosto de 2016

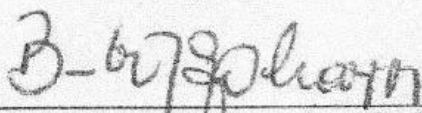
BANCA EXAMINADORA



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



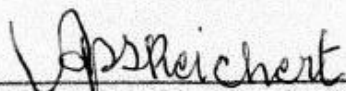
Prof. Dr.^a Sarah N.D. Hegeton de Souza
Universidade Estadual de Londrina - UEL



Prof.^a Dr.^a Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE



Prof.^a Dr.^a Jordana Almeida Nogueira
Universidade Federal da Paraíba-UFPB



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

Dedicatória

Dedico por **Gratidão** para três criaturas especiais.

A DEUS, por sua presença viva em todos os segundos dos quatro anos dessa jornada.

Ao meu amado filho, **THIAGO LUIZ COUTINHO SANTOS**, obrigada por entender tanta ausência presença e todo o processo, nem sempre fácil de compreensão, que se passa para produzir uma tese.

E por fim, a uma criatura diferenciada que Deus colocou na minha vida para ser muito especial. Muito obrigada, **JONEY BARBOSA CAXIAS DE ARAÚJO**, por tuas atitudes, ajuda, presença, apoio, porto, por você ser quem você é.

Para vocês meu reconhecimento.

Agradecimentos

A **PROF^a DR^a NEUSA COLLET**, orientadora, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado.

A **BANCA DA QUALIFICAÇÃO E DA DEFESA** de tese por suas contribuições ao trabalho.

Ao **PPGENF**, pela oportunidade do retorno a ser discente, enquanto docente dessa instituição.

A grande companheira de pesquisa, de chefia, de obstáculos na vida durante essa jornada, **ANA MARIA CAVALCANTE LOPES**.

Aos docentes e funcionários do **DESC (DESPP)**, por cada abraço amigo, calor nos momentos necessários para continuar, a levantar, a seguir em frente com o barco em mares revoltos.

Ao **SUS, a atenção básica em saúde, a estratégia em saúde da família, a saúde da criança e do adolescente e a formação em Enfermagem e na saúde coletiva**, bandeiras de luta de toda uma jornada histórica, ideológica e cidadã.

A **MINHA FAMÍLIA** (*Pai (in memorian), mãe, irmãos, sobrinhos amados*) por ser minha válvula de escape e, minha expressão para reunir forças na caminhada.

Epígrafe

“Já vi flores nascerem entre as pedras,
Vi a bondade ser praticada por homens duros,
É o troféu de ouro ser ganho pelo pior cavalo,
Portanto, eu também confio”.

Masefield, poeta inglês do século IX

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estruturação textual da trajetória histórica da organização da saúde primária da criança no Brasil	32
Figura 2	Primeiro estágio da avaliação em saúde e organização da APS a criança no Brasil	34
Figura 3	Posto de profilaxia rural – RJ- 1919- 1923	36
Figura 4	Segundo estágio da avaliação em saúde e organização da APS a criança no Brasil	39
Figura 5	Visitadora de Saúde atuando em domicílio no município de Itacoatiara (AM) em 1946	43
Figura 6	Terceiro estágio da avaliação em saúde e organização da APS a criança no Brasil	46
Figura 7	Quarto estágio da avaliação em saúde e organização da APS a criança no Brasil	58
Figura 8	Componentes do sistema de saúde em relação à capacidade, desempenho e resultados	87
Figura 9	Características, informação necessária e fontes de informação.	94
Figura 10	Formas de Desenvolvimento Humano	101
Figura 11	Gerenciamento do Distrito Sanitário III–João Pessoa, 2012	107
Figura 12	Mapa da distribuição dos bairros do Distrito Sanitário III do município de João Pessoa – PB	116
Figura 13	Mapa de distribuição das UBS urbanas no município de Cascavel-PR	116
Figura 14	Estrutura Textual dos resultados do estudo para avaliação da efetividade	128
Figura 15	Representação gráfica da estrutura do sistema orgânico-funcional de uma das USF do DS III de João Pessoa- PB	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Índice de Desenvolvimento Humano dos Estados e respectivos municípios do Estudo, 2013	101
Quadro 2	Características geográficas dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR	102
Quadro 3	Características demográficas dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR	102
Quadro 4	Percentual da população infantil quanto à idade, sexo, situação domiciliar, raça e cor, João Pessoa-PB, 2010	103
Quadro 5	Percentual da população infantil quanto à idade, sexo, situação domiciliar, raça e cor, Cascavel-PR, 2010	103
Quadro 6	Percentual dos indicadores educacionais dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR, 2010	104
Quadro 7	Renda, trabalho e vulnerabilidade social da população de João Pessoa-PB e Cascavel-PR, 2010	104
Quadro 8	Atributos essenciais e derivados da APS e os componentes estruturais e processuais da atenção à saúde à criança	123
Quadro 9	Reorganização do processo de trabalho da SMS- JP/PB 2010-2013	134
Quadro 10	Reorganização do processo de trabalho SESAU – Cascavel-PR 2010-2013	136
Quadro 11	Organização da rede de serviços de saúde dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR	137
Quadro 12	Valores financeiros anuais de repasse para a atenção a saúde de João Pessoa-PB	146
Quadro 13	Valores financeiros anuais de repasse para a atenção à saúde de Cascavel-PR	146
Quadro 14	Detalhamento das unidades de saúde: propriedade, situação e necessidades da rede básica do distrito sanitário da rede básica do distrito sanitário III-João Pssoa-PB, 2012	148
Quadro 15	Taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos – 2008/2012 – Cascavel – PR	221

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número da população e amostra segundo a região de João Pessoa- PB e Cascavel-PR, 2012	118
Tabela 2	Amostra estratificada em relação à população segundo as unidades de saúde da família. Distrito Sanitário III- João Pessoa, PB 2013.	118
Tabela 3	Amostra estratificada em relação à população de estudo em Cascavel- PR, segundo as Unidades Básicas de Saúde, 2013.	119
Tabela 4.a	Perfil das Famílias das crianças atendidas no serviço de Atenção primária à Saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (N=344) E Cascavel-PR (N=531)	152
Tabela 4.b	Perfil das Famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (N=344) E Cascavel-PR (N=531)	155
Tabela 4.c	Perfil das Famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (N=344) E Cascavel-PR (N=531)	158
Tabela 4.d	Perfil das Famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (N=344) E Cascavel-PR (N=531)	161
Tabela 4.e	Perfil das Famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (N=344) E Cascavel-PR (N=531)	165
Tabela 4.f	Perfil das Famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (N=344) E Cascavel-PR (N=531)	167
Tabela 5	Comparação de variáveis sócio-demográfico das famílias das crianças atendidas no Serviço de Atenção Primária à Saúde da Criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)	170
Tabela 6	Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo a variável sociodemográfico Cuidador Principal	172
Tabela 7.a	Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo as variáveis sociodemográficas Anos de estudo (Cuidador, Mãe e do Pai) Municípios (João Pessoa-PB e Cascavel-PR)	173
Tabela 7.b	Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo as variáveis sociodemográficas Anos de estudo (Cuidador, Mãe e do Pai), João Pessoa-PB	174
Tabela 7.c	Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo as variáveis sociodemográficas Anos de estudo (Cuidador, Mãe e do Pai), Cascavel-PR	174
Tabela 8	Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos essenciais relacionados ao elemento processual e estrutura dos serviços de atenção primária a saúde da criança de João Pessoa, PB e Cascavel, PR 2012-2013	177
Tabela 9	Avaliação dos Atributos Estrutura e Processo e Escore Essencial da APS da criança segundo Unidades de Saúde – (J. Pessoa-USF x Cascavel-UBS)	179

Tabela 10.a	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-TOOL-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde	183
Tabela 10.b	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-TOOL-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde	184
Tabela 10.c	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-TOOL-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde	188
Tabela 10.d	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-TOOL-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde	195
Tabela 10.e	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-TOOL-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde	198
Tabela 10.f	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-TOOL-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde	201
Tabela 10.g	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-TOOL-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde	202
Tabela 11	Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos derivados relacionadas à atenção primária à saúde da criança nos municípios de João Pessoa- PB e Cascavel- PR- 2012-2013.	205
Tabela 12	Avaliação dos Atributos Derivados e Escore Geral da APS da criança segundo Unidades de Saúde – (J. Pessoa-USF x Cascavel-UBS	206
Tabela 13	Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCA-Tool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária à Saúde.	207

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Coeficiente de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos. João Pessoa, 2005	234
Gráfico 2	Mortalidade infantil proporcional neonatal e pós neonatal nas áreas cobertas pela ESF –DSIII / 2007-2012 - João Pessoa-PB	242

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADHB	Atlas de Desenvolvimento Humano Brasileiro
AIDPI	Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AIS	Ações Integradas de Saúde
AM	Aleitamento Materno
APS	Atenção Primária em Saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Vacinação contra Meningite Meningocócica.
CAIS	Centro de Atenção Integral a Saúde
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa
CAMEM	Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Apoio Psicossocial Infantil
CARCE	Central de Agendamento e Regulação de Consultas e Exames Especializados
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CDD	Controle das Doenças Diarreicas
CDUS	Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde
CEACRI	Centro Especializado de Atenção a Saúde do Neonato, Criança e Adolescente.
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDIP	Centro Especializado de Doenças Infecto-Parasitárias
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEONC	Centro de Oncologia
CEREST	Centro de referência em Saúde do trabalhador
CFB	Constituição Federal Brasileira
CIES	Conselho Interamericano Econômico e Social

CIRA	Controle das Infecções Respiratórias Agudas
CMI	Coeficiente Mortalidade Infantil
CMNP	Coeficiente Mortalidade Neonatal Precoce
CMNT	Coeficiente Mortalidade Neonatal Tardia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS	Centro de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Coberturas Vacinais
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS-TABWIN	Departamento de Informática do SUS – Tabelas Windows
DDA	Desenvolvimento de ações de Controle de Diarreias
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DS	Distritos Sanitários
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSS	Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENDEF	Estudo Nacional da Despesa Familiar
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	Educação em Saúde

ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FLP	Fissura Lábio Palatino
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GPAB- A	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GRS	Gerência Regionais de Saúde
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IOM	Institute Of Medicine
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRA	Infeção Respiratória Aguda
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MCT	Ministério de Ciências e Tecnologia
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MI	Mortalidade infantil
MM	Mortalidade Materna
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE	Nordeste
NOAS	Norma Operacional
NV	Nascido Vivo
OD	Orçamento Democrático
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OEA	Organização dos Estados Americanos

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAID	Programa de Assistência e Internação Domiciliar.
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Atendimento em Saúde Mental
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCCS	Plano de Cargos Careira e Salários
PF	Planejamento Familiar
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PMS	Plano Municipal de Saúde
PN	Cuidados Pré-Natais
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGAR	Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RH	Recursos Humanos
RN	Recém-nascido
RS	Regionais de Saúde
SAMU	Serviço de atendimento Médico de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Gestão
SES	Secretária Estadual de Saúde

SESAU	Secretária de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIATE	Sistema de Atendimento ao Trauma em Emergências
SIM	Sistema de Informação Mortalidade
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Obrigatório
SINASC	Sistema de Informação de Nascimento
SISVAN	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SS	Serviços de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDC	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UOPEC	União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União de Repúblicas Socialistas Soviéticas
USA	Estados Unidos da América
USB	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo.

RESUMO

COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte. **Avaliação da efetividade de serviços de atenção primária em saúde da criança em diferentes modelos assistenciais.** 2016 273p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: A avaliação da efetividade em saúde, como uma associação do grau de orientação dos componentes estrutural e processual dos atributos na Atenção Primária à Saúde (APS) da criança aos resultados do estado de saúde da população infantil, identifica a adequação da prestação dos serviços na APS. No Brasil, diferentes modelos de APS coexistem nos diversos municípios, sejam através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou da Unidade Básica de Saúde tradicional (UBS). Ao compararmos, na visão dos cuidadores de crianças, esses distintos cenários analisam-se as ações desenvolvidas para a resolutividade do cuidado das crianças. **Objetivo:** Avaliar os atributos da dimensão processual e estrutural da atenção primária na saúde da criança comparando aos resultados dos estados de saúde infantil nos serviços de saúde municipais. **Método:** Pesquisa avaliativa, transversal de abordagem quantitativa. Participaram da amostra total 875 familiares de crianças usuárias da USF de João Pessoa ou da UBS de Cascavel. A coleta de dados ocorreu entre 2012 a 2013, com levantamento sócio-demográficos das famílias e o Instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) Brasil-versão criança. Os dados foram analisados usando o Excel e o SPSS versão 13. O perfil das famílias de crianças atendidas nos serviços foi por estatística descritiva de frequência, testes estatísticos comparativos e medidas descritivas dos escores essenciais e derivados para os atributos mensurados. Em todos os testes estatísticos, utilizou-se nível de significância alfa $\alpha=0,05$ e para a avaliação de resultados significativos o uso de significância $p\text{-valor}<0,05$. Para a associação com o estado de saúde infantil usou-se a pesquisa documental de relatórios das Secretarias Municipais de Saúde. O estudo seguiu a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer favorável do CEP nº 044/2012 e CAAE nº 01295412.2.1001.0107. **Resultados:** Na avaliação dos atributos essenciais, os dois serviços de saúde municipais tiveram um escore médio superior ao esperado (6,6). Na análise conjunta de comparação do Escore Geral da APS, não foi apresentada diferença significativa entre os escores médios gerais, mas ambos os serviços da atenção básica tiveram o mesmo valor de escore (6,4). Correlacionou-se aos resultados dos indicadores referente ao estado de saúde infantil em relação à mortalidade, nascimentos, imunização, vigilância alimentar e nutricional e agravos de notificação obrigatória. **Conclusão:** Ao final da avaliação pode-se afirmar que os dois serviços de saúde tiveram como resultado uma orientação à APS nos atributos essenciais e, no escore geral da APS, apresentaram um desempenho insatisfatório. Este resultado de avaliação da orientação a APS, com o PCATool Brasil-versão criança, permitiu identificar as fragilidades e potencialidades dos dois modelos de atenção básica em saúde, e a correlação aos resultados dos indicadores de saúde possibilitou a avaliação dos serviços em saúde enquanto porta de entrada da rede de atenção em saúde, na perspectiva do cuidador da criança, numa relação com os resultados da gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Saúde da criança. Avaliação em saúde. Estrutura dos serviços. Cuidados em saúde. Efetividade.

ABSTRACT

COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte. **Effectiveness evaluation of the child's health primary care services in different care models.** 2016. 273p. Thesis. (Doctorate in Nursing) – Health Sciences Centre, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: As association of the orientation degree of the structural and procedural components of the attributes in the child's Primary Health Care (APS) regarding the results of the infantile population health condition, that identify the adequacy of the provision of services. In Brazil, different models of APS coexist in several municipalities, either through the Family Health Strategy (EFS) or the Basic Unit of Traditional Health (UBS). While comparing these different scenarios in the viewpoint of children's caregivers, the actions developed for solving the children's care are analyzed. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the structure and process of primary care services in child's health in different care models. **Method:** It is an evaluative and cross-sectional research of quantitative approach. The total of 875 family members of children using João Pessoa's Family Health Strategy (ESF) or Cascavel's Basic Unit of Traditional Health (UBS) took part in the sample. Data collection took place between 2012 and 2013 by means of a socio-demographic survey of the families and the PCATool Instrument (Primary Care Assessment Tool) Brazil - child version. Data were analyzed by using Excel and the SPSS version 13. The profile of the children's families, that were seen in the mentioned services, was attained by descriptive statistics of frequency, comparative statistical tests and descriptive measures of essential and derived scores for the measured attributes using for evaluation the results: the parametric t-test for comparing the means of two independent groups. In all statistical tests, was used the significance level of $\alpha = 0.05$ and for the evaluation of significant results, the use of significance was $p\text{-value} < 0.05$. For association with the infantile health condition, the documental research of reports of the Municipal Health Departments was used. The study followed the Resolution No. 466/12 of the National Health Council, with the assent of the Research Ethics Committee No. 044/2012 and the Certificate of Presentation for Ethical Consideration (CAAE) No. 01295412.2.1001.0107. **Results:** Assessing the essential attributes, the two municipal health services had an average score higher than expected (6.6). In the joint analysis by comparing the APS overall score, no significant difference was presented between the overall mean scores, but both services of primary care had the same score (6.4). Correlated to the results of the indicators related to child health status in relation to mortality, births, immunization, food and nutrition surveillance and notifiable diseases **Conclusion:** At the end of the evaluation, it can be stated that the two health services had as result an APS orientation referring to the essential attributes and in the APS overall score, they presented a performance unsatisfactory. This evaluation result of the APS orientation, with the PCATool Brazil- child version, identified the weaknesses and the potentialities of the two models of basic health care, and the correlation with the results of the health indicators enabled the evaluation of health services as health care system entry in the perspective of the child's caregiver, in relation to health management results.

Keywords: Primary health care. Child health. Health assessment. Structure of the services. Health care. Effectiveness.

RESUMEM

COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte. **Evaluación de la eficacia de los servicios de atención primaria de salud del niño en modelos de atención diferentes**. 2016. 273p. Tesis. (Doctorado en enfermería) – Centro de Ciencias de la salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción Evaluación de la efectividad en salud, como un grado de orientación de los componentes estructurales y de procedimientos de los atributos en atención primaria de salud (APS) del niño al estado de salud de la población infantil, identifica la adecuación de la prestación de servicios en APS. En Brasil, diferentes modelos de APS en los diferentes municipios son coexistir a través de la estrategia (FHS) salud de la familia o unidad de salud básica tradicional (BHU). Para comparar, en la vista de los cuidadores de los niños, estos escenarios son acciones desarrolladas para la resolución de la atención de los niños. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de los servicios de atención primaria en salud del niño en diferentes modelos asistencia. **Método:** Investigación evaluativa, Cruz de enfoque cuantitativo. Participó de la muestra total 875 familias de los hijos de los usuarios USF de João Pessoa o UBS tradicional de Cascavel. Recolección de datos tuvo lugar entre 2012 y 2013, con la encuesta demográfica de las familias y la versión del instrumento PCATool (herramienta de evaluación de la atención primaria) Brasil-niño. Los datos se analizaron con Excel y SPSS versión 13. El perfil de las familias de niños atendidos en los servicios fue de estadística descriptiva, pruebas de frecuencia y medidas descriptivas comparativas de resultados esenciales y derivados de los atributos medidos. En todas las pruebas estadísticas, utilizando alfa nivel de significancia $\alpha = 0,05$ y para la evaluación de resultados significativos con valor p significado < 0.05 . Para la asociación con la condición de salud del niño utiliza la investigación de escritorio de informes de secretarías municipales de salud. El estudio siguió la resolución N° 466/12 del Consejo Nacional de salud, con el consentimiento del código postal no. 044/2012 y n° de Producto 01295412.2.1001.0107. **Resultados:** En la evaluación de atributos esenciales, los dos servicios de salud municipal han tenido una media más alta puntuación esperada (6,6). Conjunto de análisis de comparación de la puntuación General de APS, no se presentó importantes puntuaciones de diferencia entre el promedio General, pero tanto los servicios de atención básica tuvieron el mismo puntaje (6.4). Correlacionada con los resultados de los indicadores sobre el estado de salud del niño en relación con la mortalidad, nacimientos, vacunación, alimentación y vigilancia nutricional y enfermedades de declaración obligatoria. **Conclusión:** Al final de la evaluación se puede afirmar que los servicios de dos salud han dado lugar a una orientación a la APS en los atributos esenciales y, en General, APS score mostró un bajo rendimiento. El resultado de la evaluación de la orientación de la APS, con la versión de PCATool Brasil-niño, permitió para identificar las debilidades y potencialidades de los dos modelos de la atención primaria en salud, y la correlación con los resultados de los indicadores de salud permitió la evaluación de los servicios de salud mientras que la red sanitaria de la puerta de entrada, desde la perspectiva de los cuidadores del niño, en relación con los resultados de la gestión en salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Evaluación de la salud. Salud infantil. Estructura de los servicios. Atención de salud. Eficacia.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	21
1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	23
2	OBJETIVOS	29
3	QUADRO TEÓRICO	30
3.1	Políticas em Saúde na Atenção Primária à Criança no Brasil: Histórico	30
3.1.1	Primeiro Estágio da Avaliação em Saúde no Contexto da Atenção Primária à Criança no Brasil	33
3.1.2	Segundo Estágio da Avaliação em Saúde no Contexto da Atenção Primária à Criança no Brasil	38
3.1.3	Terceiro Estágio da Avaliação em Saúde no Contexto da Atenção Primária à Criança no Brasil	46
3.1.4	Quarto Estágio da Avaliação em Saúde no Contexto da Atenção Primária à Criança no Brasil	57
3.1.5	Componentes Estruturais e Processuais na Avaliação dos Atributos da APS em Serviços de Saúde	78
3.1.5.1	Fundamentos de base teórica do sistema de medição da avaliação da efetividade e adaptação das versões brasileiras	84
4	DELINEAMENTO METODOLOGICO	98
4.1	Tipo de Estudo	98
4.2	Campo ou Local do Estudo	100
4.2.1	Descrição dos Municípios de João Pessoa e Cascavel	100
4.2.2.	Administração e organização das USF e UBS na atenção primária à Saúde	106
4.2.3	População Eletiva	108
4.2.4	Distribuição do trabalho dos profissionais	109
4.2.5	Gerenciamento das unidades de Saúde da Atenção Primária	109
4.2.6	Continuidade e Sistema de Informação na rede de atenção á saúde	110
4.2.7	Variedade de serviços à população de crianças	111
4.2.8	Acesso aos serviços de saúde	113
4.3	População e Amostra	116
4.4.	Critérios de Inclusão	120
4.5	Critérios de Exclusão	121
4.6	Instrumento e coleta dos dados	121
4.7	Variáveis	122
4.8	Análise dos Dados	124
4.8.1	Análise estatísticas inferenciais	125
4.9	Questões Éticas da Pesquisa	126
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	127
5.1	Descrição das características dos sistemas municipais de saúde quanto à organização da atenção básica em João Pessoa-PB e Cascavel-PR	128
5.1.1	Planos Municipais de Saúde	129
5.1.2	Organização Política Institucional da Secretaria Municipal de Saúde	131
5.1.2.1	Gestão Municipal no SUS	132
5.1.2.2	A organização da rede de serviços de saúde dos municípios no SUS	137
5.1.2.3.1	Rede de serviços especializadas dos Municípios	139

5.1.2.3.2	Rede de atendimento pré-hospitalar e hospitalar	141
5.1.2.3.3	Assistência Farmacêutica e os Laboratórios	143
5.1.2.3.4	O Gasto Financeiro com a Saúde	143
5.2	Identificação dos componentes de estrutura e processo nas unidades USF e UBS tradicional no contexto dos modelos de atenção primária em saúde da criança	144
5.2.1.	Instalações e equipamentos	146
5.2.1.1.	Estrutura das unidades de saúde	146
5.2.1.2.	Instalações e equipamentos das unidades de saúde	148
5.2.2.	Estrutura do Sistema orgânico funcional das unidades	150
5.3	Análise do Perfil sociodemográfico das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR:	151
5.4	Comparação dos escores essenciais e gerais da APS com o perfil das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR	170
5.5	Avaliação dos atributos da dimensão processual e estrutural comparando aos resultados da saúde infantil nos serviços de saúde municipais	175
5.5.1	Correlacionando os atributos da APS aos resultados dos indicadores de saúde referente ao estado de saúde infantil nos serviços de saúde municipais.	212
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	228
7	REFERÊNCIAS	231
	APÊNDICES	256
	Apêndice A	256
	Apêndice B	259
	ANEXOS	260
	Anexo I	260
	Anexo II	267
	Anexo III	268
	Anexo IV	270
	Anexo V	271
	Anexo VI	272

APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte dos objetivos de um projeto multicêntrico aprovado pelo CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa - no Edital MCT¹/CNPq nº 14/2010 – Universal (Processo nº 472639/2010-2) intitulado: “**Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança**”. O projeto multicêntrico contemplou como locais de estudo 03 municípios, Cascavel e Londrina no estado do Paraná e João Pessoa no estado da Paraíba.

O projeto original foi pensado a partir de resultados de pesquisas que investigaram a resolatividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis à atenção básica⁽¹⁾. Fundamentou-se também em estudo⁽²⁾ de seguimento de recém-nascidos na atenção básica após a alta de unidades de terapia intensiva neonatal; e estudo de caracterização de crianças atendidas em unidades de saúde da atenção primária de Cascavel-PR e Santa Maria-RS (Projeto Multicêntrico, CNPq - Edital MCT/CNPq nº 14/2010-Universal, processo nº 472639/2010-2). Tais estudos foram atrelados a pesquisas na Paraíba que apontaram fragilidade do atendimento e falta de seguimento da atenção básica no cuidado as crianças, levando a hospitalizações evitáveis (Projeto CNPq Edital MCT/CNPq nº 014/2010-Universal, Processo nº 475841/2010-7), tomou-se como proposta a necessidade de ampliar a investigação acerca deste tema tendo como eixo a Atenção Primária em Saúde (APS)⁽¹⁾.

Neste estudo, preocupam-nos a avaliação da efetividade dos componentes da estrutura, processos e os resultados dos serviços de saúde em atenção primária relacionados à atenção à saúde da criança na APS de municípios brasileiros. Pelas características das unidades de saúde, optou-se por trabalhar com diferentes contextos das Regiões do Nordeste e Sul do país contemplando dois municípios da amostra do projeto multicêntrico que tinham, em sua rede de serviços, elementos que se classificam como modelos de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), ou seja, João Pessoa-PB e Cascavel-PR, visualizando um processo de comparação dessas duas realidades. Direcionando o foco do estudo, apresenta-se a discussão acerca de temas e conceitos que apoiam a construção teórica que fundamentará a pesquisa, a saber, avaliação em saúde, políticas de saúde, atenção primária em saúde, atenção à saúde da criança. Entende-se que esses conteúdos estejam inter-relacionados e interdependentes, em uma concepção de obtenção de qualidade de atendimento em serviço de saúde à população infantil. Com esse entendimento, delineou-se avaliar a efetividade da atenção, enquanto identificação do grau de orientação dos serviços de saúde da APS através de seus atributos e a correlação destes atributos aos resultados da atenção à saúde através de indicadores de saúde do estado de saúde infantil

Propõe-se, primeiramente, buscar em fatos e dados históricos, nuança de como a interação ocorreu, qual a repercussão na organização dos serviços, nos processos de atenção à saúde da criança e na avaliação dos resultados das ações e estratégias.

Enveredou-se na proposta do projeto multicêntrico enquanto APS como forma de organização em saúde, que responde a um modelo de atenção por meio do qual se busca integrar todos os serviços de saúde⁽³⁾. Para avaliação da orientação à APS, optou-se pelo instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool – Brasil versão criança que traz informação coletiva do usuário-criança, direcionada aos familiares (cuidador da criança).

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar propostas de reafirmação ou reformulação de estratégias e ações em atenção primária à saúde da criança em busca da qualidade dos serviços, no cotidiano da prática em unidades orientadas pela APS⁽⁴⁾, numa cultura avaliativa interdependente para o modelo de atenção em saúde. Após essas colocações

¹ Ministério de Ciência e tecnologia.

preliminares, foram trazidas arguições acerca da necessidade de ampliar a investigação da avaliação em saúde tendo como eixo a atenção primária em saúde da criança.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A organização da saúde em Atenção Primária à Saúde nem sempre teve os formatos dos modelos assistenciais atuais, tampouco, a saúde era vista e legitimada como direito do cidadão e dever do Estado, conforme o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988⁽⁵⁾, assim como a avaliação em saúde não tinha os moldes de um processo de tomada de decisão em saúde⁽⁶⁾. Para chegar à conjuntura atual, fatos históricos foram significativos para levar o Estado a assumir tal propositura, a partir da ótica da saúde enquanto objeto de política pública e de controle social da sociedade. Nesse contexto, apresentam-se as mudanças de interesses que o Estado representa na organização social e política das populações.

Nessa perspectiva, configuram-se correlações de forças entre os defensores do modelo sanitarista e os defensores do modelo privatista, cujas diferentes posições em relação à APS, levaram à construção de um processo conceitual e uma abordagem de ampliação e reciclagem diferenciadas ao longo dos anos. Nesta trajetória, a avaliação foi trazida para a saúde por métodos que buscavam analisar vantagens e custos dos programas públicos, posteriormente “profissionalizados”, adotando-se uma perspectiva interdisciplinar e avançando em novos aspectos metodológicos⁽⁷⁾. Salienta-se que, nesse processo, a saúde da criança teve foco prioritário, e uma inter-relação com a forma de atuação da sociedade em busca do direito à saúde.

Eventos significativos e pontuais tiveram influências na APS, como uma política de Estado. Entre elas, o Plano *Beveridge* na Europa, em 1945, marco da mudança do papel do Estado na política pública social, referente ao setor saúde⁽⁸⁻¹¹⁾. Na saúde mundial, principalmente no continente Europeu, talvez esse plano tenha sido a primeira ligação para a saída de uma era da catástrofe, marcada pelas guerras mundiais em direção à chamada Era de Ouro, com níveis de bem-estar e transformações jamais vistas na experiência humana⁽¹²⁾. Concomitante a esses fatos, logo após a Segunda Guerra Mundial, a avaliação em saúde começa a ser pensada pelo Estado, voltada aos programas públicos⁽⁷⁾.

O século XX assistiu à ampliação do conceito de saúde, a partir da promulgação do estatuto da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹³⁾ em 1946, passando a ser interpretado como um bem-estar físico, psíquico e social, e não, somente a ausência de doenças. A universalização desse direito⁽⁸⁾ seria sacramentada em 1977, ao lançar, internacionalmente, o conceito de Cuidado Primário à Saúde e a meta “Saúde para todos no ano 2000”, com participação da representação do Estado brasileiro.

A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorreu em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão-União Soviética (URSS)⁽¹⁴⁾ e produziu um relatório final, documento oficial extraído dos seus acordos, a Declaração de Alma-Ata. Neste documento, estão explicitadas a reafirmação da saúde como direito humano fundamental e a meta mundial para a melhoria social, ressaltando a criança como uma das altas prioridades da Atenção Primária em Saúde⁽¹³⁾.

Desde esses acontecimentos, o mundo e a APS, interligada diretamente à atenção à saúde da criança e à avaliação em saúde, demarcaram épocas. Na APS, diferentes interpretações e intencionalidades de sua definição/conceito foram elaboradas. Estudos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ retratam essas fases como: *APS seletiva*; *APS como um nível de atenção*; como *estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde*; e, ainda, *concepção de sistema de saúde*, ou seja, uma filosofia que permeia todo o sistema.

Diversas são as concepções e denominações encontradas como propostas e experiências que convencionaram chamar internacionalmente de APS. A APS como *uma estratégia de organização* da atenção à saúde tem por propósito responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das *necessidades de saúde* de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como à atenção a indivíduos e comunidades⁽¹⁸⁾.

A APS apreendida como forma de *organização em saúde*, que responde a um *modelo de atenção* por meio do qual se busca integrar todos os serviços de saúde, foi divulgada em 1992. Em sua forma mais desenvolvida, a *atenção primária é o primeiro contato* com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população. Ao longo do tempo, a APS deve buscar proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um Sistema Nacional de Saúde (SNS): melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos⁽³⁾.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ao examinar conceitos e componentes e evidenciar o impacto, refinando as lições aprendidas com a APS, propôs um conjunto de valores, princípios e elementos essenciais para a *construção de sistemas de saúde com base na APS*, para lidar com uma agenda inconclusa de saúde nas Américas, assim como para consolidar e manter o progresso alcançado e estar à altura de novos desafios e compromissos de saúde e desenvolvimento do século XXI⁽¹⁹⁾.

Acredita-se que um sistema de saúde orientado pela APS pode enfrentar o desafio perante o descontentamento das pessoas e a incapacidade dos serviços de saúde para prestar níveis de cobertura nacional que vão ao encontro das exigências expressas pelo usuário, bem

como a oferta de serviços nos moldes que correspondam às suas expectativas. É imprescindível o entendimento de que os sistemas de saúde têm que responder melhor e com maior rapidez aos desafios de um mundo em constante transformação⁽²⁰⁾.

Sabendo que importantes parâmetros para conduzir o setor da saúde constituem aquilo que as pessoas valorizam, isto é, o que elas consideram formas desejáveis de viver como indivíduos e o que esperam do convívio em sociedade, observa-se que

A APS tem sido o referencial dos discursos sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque o movimento em prol da APS tentou avançar com respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde e às expectativas sociais. [...] na sua obtenção são necessárias contrapartidas de acordo com as expectativas dos cidadãos sobre saúde e cuidados em saúde e garantir que [a sua] voz e escolha influenciem decisivamente na forma como os serviços são designados e como operam e efetivam suas ações^(20, p. XII).

No Brasil, a APS tem passado ao longo dos anos, momentos decisivos, com influência das concepções e denominações encontradas como propostas e experiências em nível internacional, sendo possível reconhecer, ao longo do processo, transformações históricas que caracterizam diferentes configurações no modelo de atenção^(17,21).

No sistema público de saúde brasileiro, esta longa história se iniciou nos anos 20 do século passado, percorreu vários ciclos até estruturar-se como Atenção Básica à Saúde (ABS) que se caracteriza pela emergência e consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir de 2006^(17,22) numa historicidade de construção do Sistema Único Saúde (SUS) e de lutas contra a uma hegemonia dominante no setor saúde⁽²³⁾. Essa proposta de um modelo estratégico com o PSF não provocou uma homogeneização da sua adoção em todo o território nacional, coexistindo nos municípios brasileiros tanto Unidades Saúde da Família (USF) como Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBSs) que adotam diferentes olhares em relação à APS.

Nesse contexto, a saúde da criança manteve-se diretamente interligada e tendo a ideiação aludida a alavancar os diferentes olhares da APS, pois se entende que o cuidado infantil pode ser revelador da organização dos serviços de APS, por incluir tanto um maior número de ações de promoção à saúde como de prevenção de doenças⁽²⁴⁾. As construções e configurações da APS são fornecedoras de subsídio às políticas, mas precisam ser, em um direcionamento contínuo à avaliação em saúde, enquanto um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada, no contexto de uma cultura avaliativa interdependente ao modelo de atenção em saúde⁽⁴⁾.

No Brasil, isso se torna relevante, pois a partir da criação do SUS, a APS foi fortalecida de acordo com uma concepção de ABS. Ao mesmo tempo, a área de avaliação, seja de programas, serviços e tecnologias na saúde e em geral, desde a década de 1990, acompanha as mudanças do setor, e passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde, na discussão e implantação das políticas de saúde⁽²⁵⁻²⁶⁾.

A avaliação no âmbito da atenção básica no Brasil vem sendo institucionalmente acompanhada através da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS). Isso ocorre, pois a avaliação de ações é apontada tanto como necessária quanto complexa, requerendo investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos⁽²⁷⁾. Estudos⁽²⁸⁻³⁰⁾ que dão respaldo ao seu ensejo, reafirmam as respostas significativas e de impacto à tomada de decisões para a implementação das políticas de saúde⁽¹⁷⁾.

Em 2006, com o pacto da saúde no Brasil, a ABS passa a ser oficialmente uma política pública de Estado e ganha influência no processo de emergência e numa consolidação apontada ao Sistema Único de Saúde brasileiro. O SUS foi delineado com um formato amplo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde^(15,31). A partir da construção desse espaço, os usuários, no Brasil, passam a ter acesso a um sistema de saúde orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, ligação e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social, enfatizando a reorientação do modelo assistencial^(8,18,32-33).

As principais lutas de modificações da ABS brasileira colocam-na como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde. Para isso, a ABS terá de exercitar-se de acordo com os atributos de primeiro contato, coordenação, longitudinalidade, integralidade, orientações familiar, comunitária e competência cultural, e cumprir as três funções essenciais de resolubilidade, centro de comunicação das redes de atenção à saúde e responsabilização pela saúde das populações adscritas⁽¹⁷⁾. De tal modo, faz-se necessário que a avaliação em saúde esteja incorporada nesse processo e traga respostas significativas e de impacto à tomada de decisões na ABS, seja qual for o seu contexto.

Abalizado nesse aspecto, o Ministério da Saúde⁽²⁷⁾ traz a reflexão de que não se trata apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade

negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem essa premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde.

Estudos⁽³⁴⁻³⁹⁾ abordam que a avaliação da APS, a partir do olhar da saúde da criança, no Brasil, tem diferentes contextos e foco. Novaczyk⁽³⁴⁾ analisou teses e dissertações relacionadas à prática de enfermagem na atenção à criança demonstrando que ainda existe uma prática centrada no modelo médico hegemônico, privilegiando ações prioritariamente curativas, fragmentadas, e de baixa resolutividade, mas existem esforços para a promoção da saúde e a integralidade.

Relacionando à satisfação das famílias usuárias, autores⁽³⁵⁻³⁶⁾ revelam que em diferentes localidades no país, Fortaleza- Ceará e Natal- RN, respectivamente, as ações de atenção à saúde da criança no PSF foram transformadoras de atitudes e propulsoras de mudanças sociais, principalmente nas dimensões de acesso e característica de atendimento. Os autores salientam que a satisfação dos usuários está vinculada à relação estabelecida com os profissionais de saúde, porém a organização dos serviços e a infraestrutura das unidades ainda são consideradas pontos frágeis.

Resultados da avaliação dos atributos da APS na assistência à saúde infantil ofertada na Estratégia de Saúde da Família comparativamente a outros serviços de saúde de Montes Claros-MG, sob a ótica das famílias cuidadoras, apresentaram dados da não existência de diferenças significativas no atendimento às crianças, com exceção, em favor da ESF, aos atributos da integralidade, orientação familiar e comunitária. O escore geral da APS mostrou valor próximo ao ideal entre as crianças que utilizavam a ESF como fonte de atenção à saúde e superior ao escore atribuído pelos cuidadores que utilizavam outros serviços⁽³⁷⁾.

Análise das dimensões de estrutura, processo e resultado e seus respectivos atributos no município de Teixeira-MG⁽³⁸⁾, a partir da classificação dos cenários de atenção em saúde como: incipiente, intermediário e avançado, apontou o referido município como intermediária à ESF, caracterizado por uma atenção ao grupo da criança ainda fragmentada, mas com avanços na organização da atenção.

Portanto, a avaliação desempenha um papel basal no aprimoramento dos eixos de intervenção com o propósito de aderir ao foco de transformar os serviços em saúde orientados pela APS⁽³⁹⁾.

O propósito fundamental dos processos avaliativos em saúde pauta-se no suporte fornecido para processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo subsidiar a

identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implantadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Partindo das considerações apresentadas acima, pondera-se;

1- Se avaliar é uma ferramenta de negociação permanente entre diferentes atores do sistema de saúde, para deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde⁽²⁷⁾, podendo ser utilizada em investigações acadêmicas em conjunto com a gestão e os serviços de saúde⁽⁴⁾.

2- Se a OMS⁽²⁰⁾ afirma que para a obtenção de serviços de saúde orientados para uma atenção primária em saúde são necessárias contrapartidas, que têm de começar por ter em mente as expectativas dos cidadãos sobre saúde e cuidados em saúde, e garantir que voz e escolha influenciem decisivamente na forma como os serviços são designados e como operam e efetivam suas ações.

3-Se avaliar os serviços de saúde, a partir dessa expectativa dos usuários, poderá representar uma ampliação de enfoques e pontos de vista⁽⁴⁰⁾, voltada a um sistema de saúde estruturado, de acordo com valores, princípios e bases organizativas da APS, objetivando a melhoria da qualidade de vida e saúde das famílias, com equidade, integralidade e participação social enquanto imperativos éticos, morais e científicos ao direito à saúde e à solidariedade social.

4-Se é abordado que no Brasil a APS representa um conjunto de ações voltado para o âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Ações desenvolvidas por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas, participativas e do trabalho em equipe dirigidas à população de um território bem delimitado, em que tais equipes assumem responsabilidade sanitária no território, considerando a dinamicidade existente no contexto, o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural^(15,18).

Este estudo avalia a efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde da criança e a ferramenta utilizada, o PCATool Brasil versão criança, é voltada a demonstrar a existência da atenção primária e desfechos positivos na saúde infantil.

O foco na criança deve-se por: a maior parte dos estudos da atenção primária ter sido conduzida entre os adultos, embora não sejam aplicáveis às crianças; as necessidades de cuidados de saúde são diferentes; atenção primária para as crianças enfatiza serviços de prevenção e cuidados para uma ampla variedade de condições infantis; qualquer avaliação da

abrangência dos cuidados de saúde primários às crianças deve ser adaptada para refletir o foco em serviços preventivos e de promoção à saúde⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Leva-se em consideração em relação à avaliação da APS dois aspectos na perspectiva da população⁽³⁾: a adequação da prestação de serviços de APS, e a avaliação dos resultados dentro da área da APS. O foco da análise dos dados será avaliar e identificar o grau de orientação aos atributos da APS, dos municípios associando-os aos resultados da atenção à saúde primária infantil. Ampliam-se, desse modo, comparações ao identificar aspectos de estrutura e processos dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações de cada município nos diferentes contextos dos serviços de saúde, avaliando as lacunas encontradas nos modelos de atenção em relação às estratégias de ação da gestão local.

Entende-se que a avaliação da efetividade dos serviços em saúde quanto aos modelos e à sua organização em diferentes contextos poderá balizar para o entendimento da pesquisa avaliativa⁽¹⁵⁾ como instrumento que respalda a perspectiva populacional à ampliação da democracia, quando utilizada sobre dois aspectos: para a sua adequação na prestação de serviços de APS, e na avaliação dos resultados da gestão local dentro da área adscrita da APS. Entende-se que os resultados da pesquisa possam ser trazidos para discussão em processos decisórios dos serviços de saúde dos municípios participantes deste estudo.

Pensa-se que diferentes formas de organização na produção de territórios humanizados em saúde, possam ter relações que abram espaços para serem compreendidos, sentidos, instituídos, organizados, e isso seja vivido no cotidiano.

A proposta de avaliação da atenção primária em saúde da criança torna-se importante no contexto da APS no Brasil, especialmente quando avaliada a efetividade, ou seja, se o serviço é orientado para APS⁽³⁾ em tipos de organização de unidades distintas, no caso, a Unidade de Saúde da Família e a Unidade Básica de Saúde no modelo tradicional, em distintas regiões (Nordeste e Sul) do país e em diferentes realidades e contextos municipais, analisando as dimensões da estrutura, processos dos serviços de saúde e após, associando-se aos resultados obtidos pelos serviços (gestão) em estudo, no estado de saúde da criança.

OBJETIVOS

Avaliar a efetividade dos serviços de atenção primária em saúde da criança em diferentes modelos assistenciais.

Objetivos Específicos:

Avaliar os atributos da dimensão processual e estrutural da atenção primária na saúde da criança comparando aos resultados dos estados de saúde infantil nos serviços de saúde municipais;

Identificar os componentes de estrutura e processos nas diferentes unidades de saúde, USF e UBS tradicional no contexto dos modelos de atenção primária da saúde da criança;

Comparar os escores essenciais e gerais da APS com o perfil de famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR;

Analisar o perfil sociodemográfico das famílias de crianças atendidas nas unidades de saúde nos municípios de João Pessoa e Cascavel-PR;

Descrever as características dos sistemas municipais de saúde quanto á organização da atenção básica em João Pessoa-PB e Cascavel-PR;

QUADRO TEÓRICO

Para dar subsídio à discussão, apresentam-se temas e conceitos na busca de ancorar o constructo teórico ao objeto estudado. Inicialmente, a construção da historicidade da organização da saúde primária da criança inter-relacionando aos temas: avaliação em saúde, política de saúde, atenção primária em saúde, atenção à saúde da criança.

Na Figura 1, expõe-se a estrutura textual dessa construção histórica a partir dos temas apontados acima, cuja composição foi disposta nos quatro estágios de Guba & Lincoln (1990) da avaliação, citada por Contandriopoulos⁽⁷⁾ entrelaçados aos sete ciclos da APS brasileira adotada por Mendes⁽¹⁷⁾.

A sequência textual será exposta a partir de influências externas, da sociedade, e internas, *o governo*, enquanto políticas sociais; *a gestão* como formuladora das políticas de saúde; e a *operacionalização* na estrutura organizacional, de desempenho e a avaliação dos resultados da atuação dos serviços na APS.

2. 1 Políticas em Saúde na Atenção Primária à Criança no Brasil: Histórico

A organização dos serviços de saúde norteados pela atenção primária no Brasil é marcada por trajetória de sucessivas reconstruções até se materializar numa política de atenção básica oriunda da reforma sanitária brasileira, alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos⁽²²⁾.

Ao longo dessa trajetória de organização da saúde no Brasil, fundamentam-se a base histórica e os determinantes envolvidos no processo. A influência do contexto político-social repercute sobremaneira no setor saúde, suas políticas são fruto do passado e da história. Conhecer para analisar a realidade é necessário para entender como se deu o inter-relacionamento da saúde da criança e a atenção primária. Em busca de respostas como: quais políticas de saúde a assinalaram? Quais influências as marcaram para a execução da prática em saúde? O contexto deste estudo buscou responder a essas e outras indagações ao tema. Para tanto, direcionou-se o foco central da pesquisa aos componentes: estrutura, processo e resultados⁽³⁾ do modelo Donabedian⁽⁴³⁾ para avaliação da efetividade como importantes para abarcar um sistema de saúde, em diferentes momentos do contexto histórico.

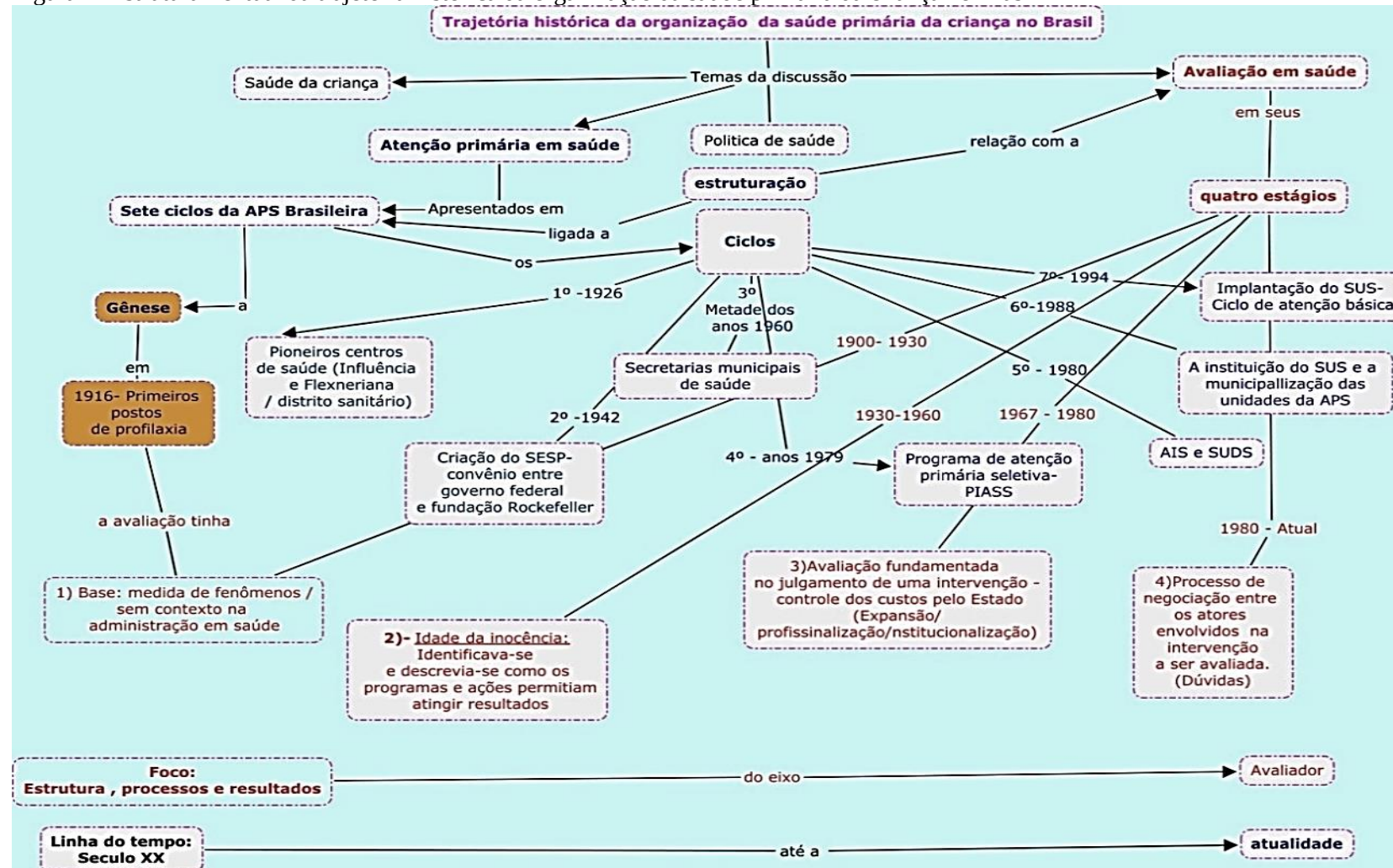
Esses componentes diferem de lugar para lugar, de época para época, mas em cada organização do sistema de serviços de saúde, eles possuem *estrutura* (ou capacidade) que consiste das características que possibilitam oferecer serviços, dizem respeito aos recursos e insumos nas dimensões qualitativa e quantitativa; *processos* (ou desempenho/atenção), isto é, recursos estruturais para desenvolver ações que envolvem atividades ou procedimentos entre os profissionais de saúde no sistema e as populações e usuários que transformam os recursos em *resultados* sendo refletidos em vários aspectos do estado de saúde da sociedade^(3,40).

De antemão, foram encontrados estudos⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾ abordando esse entrelaçamento no surgimento das primeiras políticas ocorridas na Europa no século XVIII, estabelecidas nas relações de poder entre o Estado, a sociedade e o nascimento da medicina social. Situação ocorrida diante de grandes transformações políticas, sociais e econômicas da época, e que privilegiavam a higiene, a infância e a medicalização da família voltada para o controle social. Esse é entendido como um conjunto de sanções positivas e negativas ao qual a sociedade recorre no intuito de assegurar a conformidade das condutas, modelos, normas e valores culturais⁽⁴⁶⁾.

Ainda, acosta-se na afirmação de ser o principal objetivo dessas primeiras políticas de saúde, a produção de melhor número de crianças em boas condições de vida, sob a imposição de um conjunto de obrigações tanto dos pais quanto dos filhos^(44,47). O motivo principal dessas políticas foi o estabelecimento de relações para o capitalismo burguês, baseado na razão, na tecnologia e na produtividade, por necessidade de reformular o modo de entender os indivíduos, transformando a visão de corpo individual para um social produtivo, que deve ser protegido e cuidado de modo quase médico-biológico sob o controle e vigilância do Estado.

Após desenhar a ideia dos primórdios desse entrelaçamento dos temas, parte-se do enfoque administrativo, do delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, baseado na assistência primária, secundária e em hospitais de ensino terciários, surgido em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório Dawson”. A Inglaterra aproximou-se dos conceitos mundiais da Atenção Primária à Saúde, quando definiu a concepção de “centro de saúde” enquanto instituição encarregada de oferecer assistência médica no nível primário, destinada a se tornar serviços regionalizados naquele país. A partir

Figura 1- Estrutura Textual da trajetória histórica da organização da saúde primária da criança no Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de mapa conceitual.

daí, os cuidados enquanto primários vieram a ser a *pedra angular* do sistema de serviços de saúde do Reino Unido, bem como em muitos outros países na Europa^(3,17,22,48-49). O Brasil teve essa estrutura física dos Centros de Saúde (CSs) utilizada por décadas nos serviços de saúde.

3.1.1 *Primeiro Estágio da Avaliação em Saúde no Contexto da Atenção Primária à Criança no Brasil*

A avaliação em saúde em seu primeiro estágio (período de eficiência e testagem)⁽⁵⁰⁾; a gênese e o primeiro ciclo da APS no Brasil^(17,21), iniciaram-se no século passado de forma incipiente. A Figura 2, mostra as inter-relações desse período entre o Estado, a sociedade, as políticas de saúde e a avaliação da APS na saúde infantil.

Como gênese, os ciclos da APS tiveram uma rede básica em 1916, quando o governo propôs a inauguração dos primeiros postos de profilaxia rural na periferia do Rio de Janeiro (Ver Figura 3), levada pela necessidade tática de ampliação de responsabilidades e atribuições da saúde pública, operacionalizando ações que priorizavam a higiene infantil e o combate às epidemias rurais⁽⁵¹⁾. Os postos foram estruturas físicas e organizacionais, que se disseminaram pelo país com o apoio da Fundação Rockefeller e constituíram corpo técnico a desempenhar funções de médicos sanitaristas e enfermeiras visitadoras como recursos estratégicos para alcançar resultados na política de saúde⁽⁵¹⁾ para o progresso do país, através de componentes como a civilidade⁽⁵²⁾.

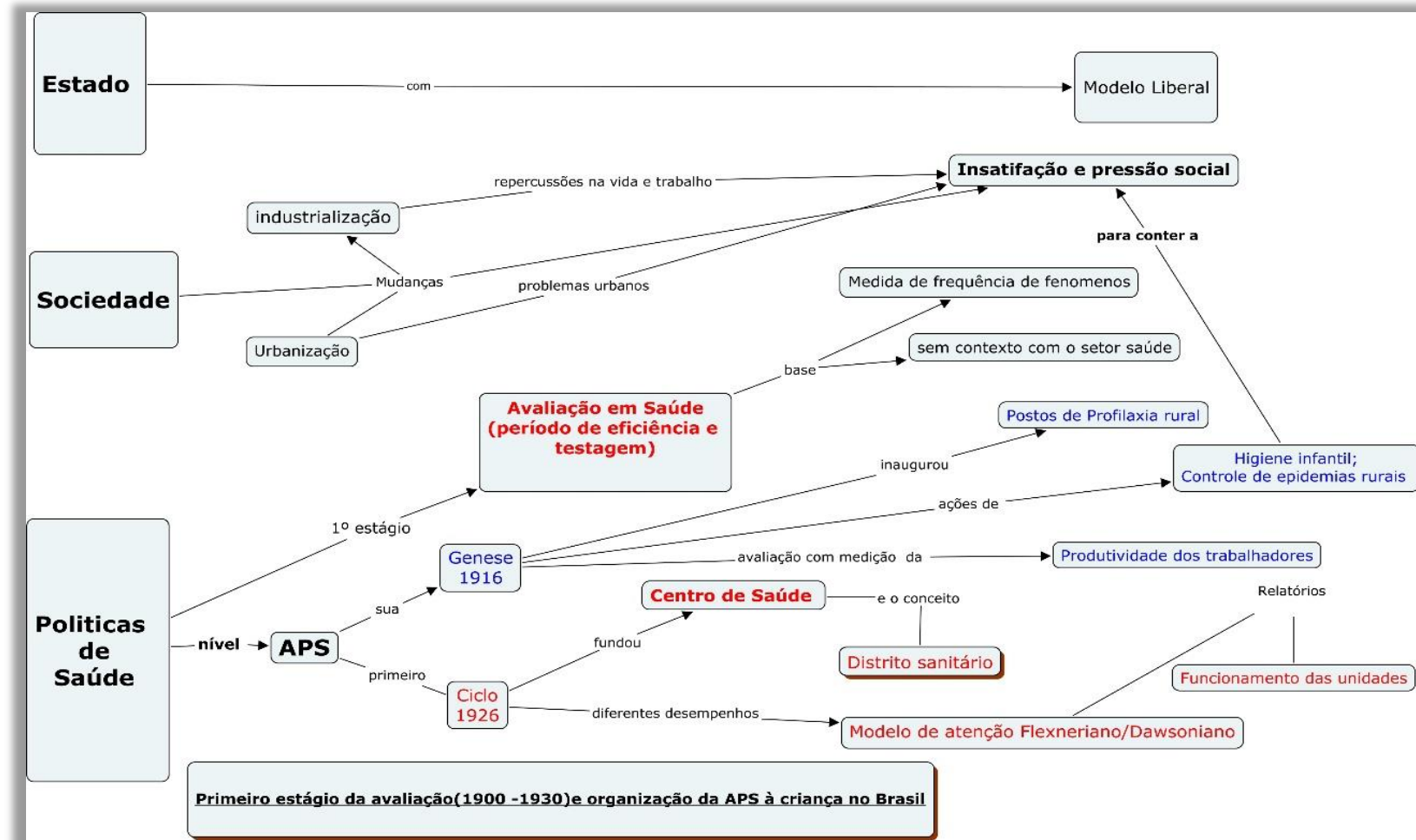
Assim, “a higiene infantil” foi priorizada pelas políticas públicas estatais brasileiras, destacando-se entre 1910 a 1930 do século XX, direcionadas à saúde pública e à educação. Nesse período, as ações resultariam na civilidade de convívio e conduta por contenção de hábitos não higiênicos até o esmaecimento das crendices populares em um modelo liberal de Estado, que negava a questão social e a reputava como higiene física e moral, tratando-a como problema de instrução e de saúde pública⁽⁵²⁻⁵³⁾.

A higiene como ação civilizatória levaria a situações tais como: sujeira, pobreza, miséria, degenerescência, raça, moléstias, proximidade e compartilhamento de espaços a seguir regras de conduta civilizadas de viver, por prescrição médica, estabelecendo a medicalização da infância, da família, da escola, da cidade, enfim, da sociedade⁽⁵²⁾.

A prática pediátrica era basicamente centralizada nessas ações de saúde pública, incorporada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), diante da Reforma trazida por Carlos Chagas em 1919. As ações de saúde foram priorizadas por serem a resposta do

governo às pressões externas da classe trabalhadora que forçava atitudes do Estado para com
a

Figura 2- Primeiro estágio da avaliação (1900-1930) e organização da APS à criança no Brasil

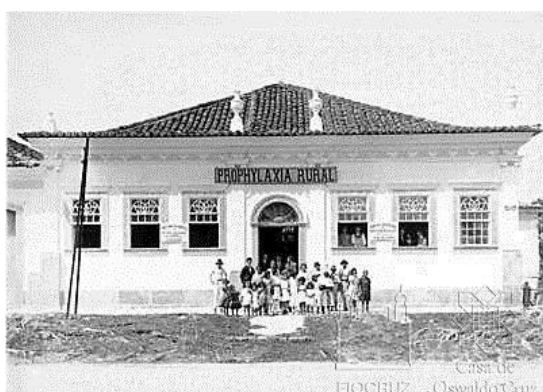


Fonte: Elaboração própria a partir de mapa conceitual

sociedade, em meio a uma crise de insatisfação social⁽⁵³⁻⁵⁴⁾ do processo de urbanização e industrialização dos grandes centros devido ao aumento do número de habitantes, e crescimento da população pobre e miserável; construção desordenada de moradias; proliferação e surgimento de doenças e epidemias, onde crianças e jovens eram um dos grupos mais afetados⁽⁵⁵⁾. Essa atuação estatal de controle social foi uma tentativa fracassada das ações públicas em prol da saúde.

Observa-se que⁽⁵⁶⁾, em parte, essa política apenas teve um papel central na criação e no aumento da capacidade do Estado brasileiro de intervir sobre o território nacional e efetivamente integrá-lo. A autoridade pública a justificava de forma empírica, tanto em relação aos fatores impulsionadores quanto aos constrangedores, com estimativa de algum desenvolvimento e ações com resultados mais prováveis e possíveis do que outros. Contudo, não havia nenhum processo de avaliação de resultados das políticas sobre a saúde da população.

Figura 3- Posto de Profilaxia Rural - RJ - 1919-1923



No entanto, a característica deste primeiro estágio da avaliação de resultados em saúde tinha como base a medida linear, como a produtividade dos trabalhadores, não sendo utilizada no cotidiano da administração em saúde. Quando realizada, o avaliador era um técnico que sabia construir e usar instrumentos que permitiam medir fenômenos⁽⁷⁾

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz

Mesmo assim, observa-se que o trabalho desenvolvido nos primeiros postos e a formação de recursos humanos tenham servido de base para a criação da estrutura organizacional dos CSs no Brasil, unidades mais complexas que se tornaram consagradas para atuação da APS a partir de 1926⁽⁵¹⁾. A tática das autoridades sanitárias da época foi seguir a tendência mundial de desenvolver conceitos de distrito sanitário e centro de saúde, durante a segunda e terceira décadas do século XX, enquanto tentativa de aproximar o trabalho em saúde da população e implantar unidades pondo em prática suas concepções⁽⁵⁷⁾.

No Brasil, o modelo de CS constituiu-se como mudança, influenciada pela supremacia americana da Fundação Rockefeller, trazida para a América Latina, com caráter de assistência

social adida a algum serviço médico. Esse pensamento viria fazer sobressair a influência francesa no campo da medicina social mundial. Portanto, acompanhava-se a transferência da dominância política e econômica sobre as Américas da Europa para os Estados Unidos da América-EUA⁽⁵⁸⁾, utilizando a educação sanitária à população como ferramenta de atuação no serviço. A organização dos processos de ações era resumida em nove pontos essenciais: educação sanitária; inspeção médico-escolar; policiamento sanitário – vistoria das casas; ações com foco em profilaxia das endemias; e das epidemias; tratamento das endemias – ambulatórios; laboratório; combate às endemias; estoque das vacinas e soro⁽⁵⁸⁾.

Os CSs criados na Universidade de São Paulo (USP) provavelmente sofreram outra influência de estrutura organizacional, a do pensamento Dawsoniano do Reino Unido, por serem operacionalizados para uma população adscrita e utilizarem a ação fundamental da educação sanitária, focalizando a promoção da saúde e prevenção das doenças, fazendo, assim, um corte nítido entre o campo da saúde pública e o da atenção médica⁽¹⁷⁾. A influência desse pensamento expressa diferentes visões e concepções de APS trazidas ao Brasil em distintos espaços da prática em saúde. Inicia-se, com os centros de saúde da USP, o **primeiro ciclo da APS brasileira** e por sete décadas esse foi o modelo de estrutura física da Atenção Primária à Saúde no Brasil⁽⁵¹⁾.

No Centro de Arquivo Rockefeller, encontram-se documentos confidenciais de 1925 que comprovam a influência operacional americana nos CSs brasileiros em relato do funcionamento das unidades, como modo integrado sem divisões, ação de especialistas e muito pouco como higienistas. A essa organização chamou-se nova higiene de renovação sanitária⁽⁵¹⁾, mudando o desempenho de polícia sanitária para concepção de ações educativa e preventiva, avocando a uma “consciência sanitária” aos indivíduos e famílias⁽⁵⁸⁾.

A estrutura organizacional se dava por meio de rede local permanente de unidades de saúde, com metodologia de subdivisão das cidades em distritos sanitários, para o desempenho das equipes operando ações de educação sanitária às famílias. Através de visitas sanitárias, monitorava-se e traçava-se o perfil epidemiológico de cada área, e, em tempo real, conhecia-se a evolução das principais doenças e problemas da saúde materno-infantil, para a medida de prevenção, profilaxia e orientação imperativa de higiene para a família, incluindo o cuidado da mãe com os filhos⁽⁵¹⁾.

No CS, a argumentação era o papel central que a educação sanitária e a vigilância proporcionada desempenhavam na organização da saúde pública, impregnada da ideia de prevenção. O CS tencionava apenas preservar a saúde dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutiam na coletividade ou descendência. Reafirmando que o caráter

clínico não era prioritário, apenas um elemento secundário de profilaxia, entendia-se que o dinamismo da saúde pública era direcionado à ação da visita domiciliar⁽⁵⁸⁾.

Na saúde da criança, além da higiene infantil, o discurso dos CSs, em São Paulo, foi marcado por forte construção eugênica, influenciado pela época, de provável intensidade pelo fluxo imigratório no Estado, especialmente a eugenia preventiva em relação à educação sanitária e moral eugênica da criança. Tendo gênese na saúde, seu *locus* privilegiado era a educação, defendendo a subordinação da higiene escolar ao Serviço Sanitário. Este discurso eugênico nos CSs é contemporâneo até meados da década de 1940⁽⁵⁸⁾.

3.1.2 Segundo Estágio da Avaliação em Saúde no Contexto da Atenção Primária à Criança no Brasil

Na década de 1930, o segundo estágio da avaliação em saúde começa como um período da idade da Inocência que vai até cerca de 1960⁽⁵⁰⁾ fortalecendo sua atuação ao identificar e descrever como os programas ou ações permitiam atingir resultados esperados⁽⁷⁾.

Essas mudanças tomam ênfase, no Brasil, a partir dos anos de 1930, quando sobressai a estratégia da atenção voltada à puericultura na infância, no governo de Getúlio Vargas, que manteve o modelo liberal oligárquico reinante de Estado⁽²¹⁾, entre os anos de 1930 a 1945. Esse período foi marcado por governança de centralização e participação estatal nas políticas públicas. Na assistência infantil, foi criada a Inspetoria de Higiene Infantil, através do decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930, do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que incorporou o DNSP⁽⁵⁹⁾. Estas e outras situações estão representadas na Figura 4, mostrando as inter-relações deste período entre o Estado, a sociedade, as políticas de saúde e a avaliação da APS na saúde infantil.

A organização dos processos de assistência à saúde materno-infantil manteve como foco a profilaxia das doenças e os ensinamentos e práticas médico-sociais no ambiente familiar visando desenvolvimento físico, mental e moral da criança para a diminuição da mortalidade infantil (MI) através da puericultura⁽⁵⁹⁾. A finalidade era o estudo, a conservação e o melhoramento da raça humana por prevenção da doença. A MI atingia “*cifras*” desoladoras no país e era responsável por vidas perdidas que poderiam atrasar o futuro da nação.

A estratégia de combate à MI nos níveis federal, estadual e em grupos privados⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾, focando uma proteção infantil, foi pressuposta na Conferência Nacional de Proteção à

Infância, no Rio de Janeiro, em 1933, como forma de defender a criança, assegurando o seu pleno desenvolvimento.

Nesta conferência, o organizador e médico da inspetoria de higiene à infância, ao definir os fins e a organização de associações privadas de proteção higiênica à infância, trouxe à discussão a avaliação, mesmo com fragilidades, ao analisar o êxito das ações higienistas, vantagens e custos por meio de intervenções médicas adotadas e a observância do aumento da frequência das mães analfabetas ou com instrução rudimentar aos consultórios de higiene infantil, dentre as quais, estavam aquelas que procuravam algum recurso que as auxiliassem no sustento dos filhos⁽⁶⁰⁾. Essa avaliação marca a identificação de ações relacionando a resultados positivos de acesso aos programas de saúde.

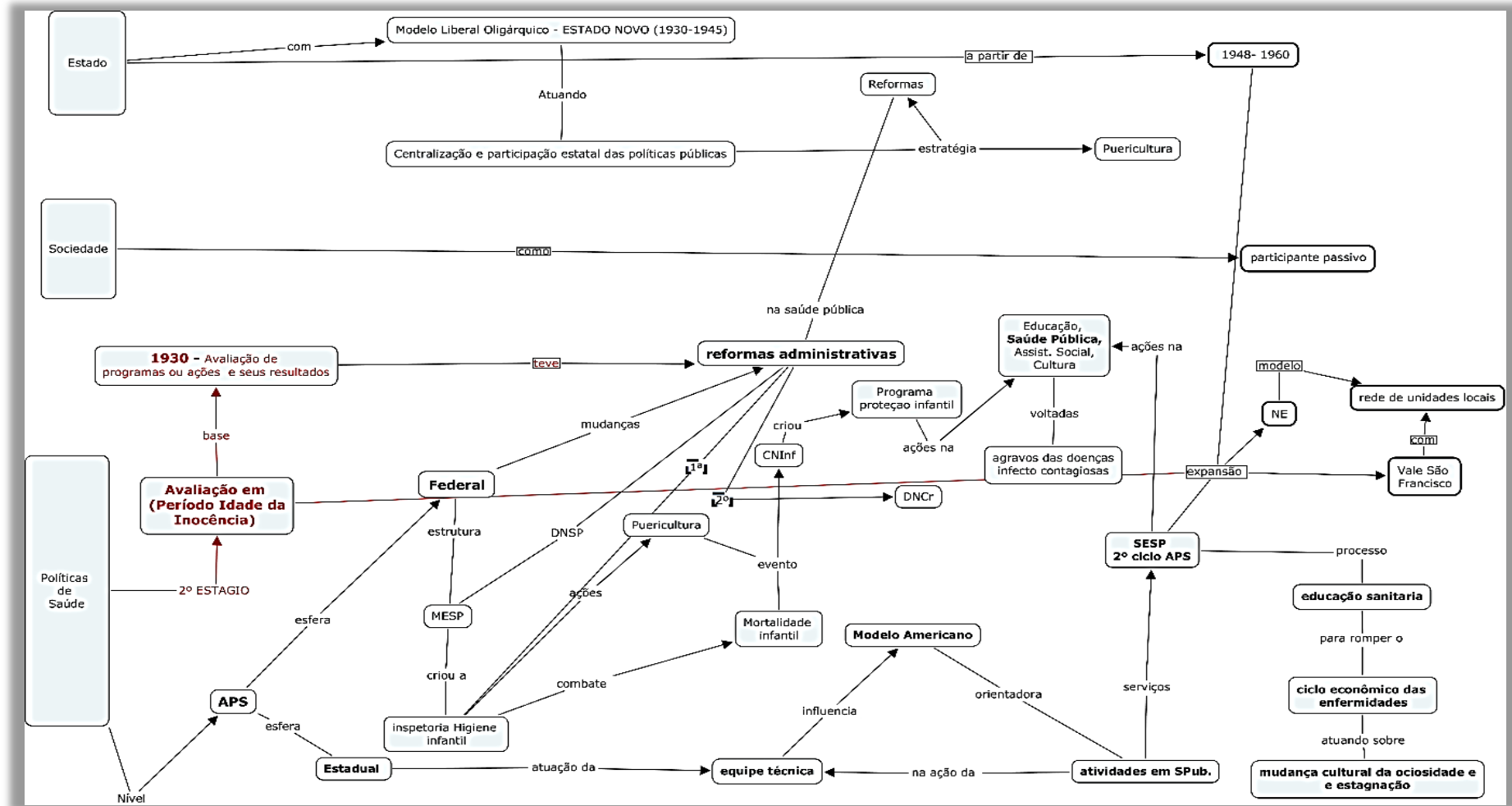
Entre 1934 e 1945, outra reforma no MESP definiu diretrizes políticas na saúde pública, consolidou sua estrutura administrativa adequando-a aos objetivos e princípios básicos que orientaram os quatro eixos de atuação na organização administrativa da instituição: Educação, Saúde Pública, Assistência Social e Cultura. No campo específico da saúde pública, o Departamento Nacional de Saúde (DNS) criou delegacias federais de saúde, os serviços nacionais e as conferências nacionais de saúde. Essas reformas passaram a espelhar as orientações da política varguista do Estado Novo⁽⁶¹⁾.

Em 1940, as atividades relativas à proteção à infância e adolescência, anteriormente sob a responsabilidade do DNSP, passaram ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), com transformação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância daquele setor⁽⁶⁰⁾. Essa mudança organizacional aludia obter “participação ativa” com a sociedade, sobretudo, médicos, professores, autoridade pública em relação às mulheres⁽⁶³⁾.

Nessa conjuntura, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁽⁶⁴⁾ convocada pelo decreto Lei N. 6788 de 30/01/1941, no Rio de Janeiro. Teve como tema especial o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência^(60,64) reforçando o Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, que fixou as bases de organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência como prioritária em todo o país⁽⁶⁵⁾.

As conferências estaduais apresentaram a situação sanitária e assistencial dos Estados, a organização administrativa e de recursos humanos dos serviços, incluindo a proteção à maternidade e à infância, focando a atenção “hospitalar” para atender a essa clientela e aos dispensários de higiene infantil (creches, lactários, ambulatórios de pediatria) e outras instituições de assistência à maternidade e à infância⁽⁶⁴⁾.] A convocação à participação ativa da sociedade revelou como cada segmento fazia uma parte de ações fragmentadas.

Figura 4 - Segundo estágio da avaliação em saúde e organização da APS à criança no Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de mapa conceitual.

Em 1941, nova reforma propôs a reorganização do DNS, através do Decreto Lei nº 3.171, de 2/4/1941, criando divisões e serviços nacionais de saúde, cujos princípios eram de coordenação e efetividade das ações. Esse Decreto buscava instituir e desenvolver serviços para alcançar os distantes pontos do país, com esforços empreendidos em matéria de organização sanitária e combate às grandes endemias^(61,64) caracterizando o DNS como sistema vertical de ações técnicas e burocráticas voltados aos agravos à saúde.

O Estado varguista consolidava a saúde pública atuando na prevenção de doenças infectocontagiosas, que atingiam a totalidade da comunidade nacional. Mesmo assim, especificavam grupos, a saber, criança, indigentes e idosos, como público-alvo dos serviços e ações programadas assistenciais da equipe técnica que atuava nos Estados (médicos sanitaristas, guardas sanitários, enfermeiras visitadoras, etc.)⁽⁶¹⁾.

Concomitantemente, crescia a demanda para especialização médica, em cursos de saúde pública, formando quadros para ocupar cargos nos órgãos públicos de saúde, pelo Instituto Oswaldo Cruz e Faculdade Nacional de Medicina, com treinamento em serviço e formação dos médicos brasileiros no modelo americano da Johns Hopkins School (EUA)⁽⁶¹⁾.

Esse fato, somado à continuidade de participação da Fundação Rockefeller e de técnicos americanos em serviços de saúde no Brasil, teve forte presença na estruturação física e organizacional, na formação dos profissionais e nos princípios orientadores das atividades de saúde pública voltada à educação sanitária. Esse serviço atuou, sobretudo, na área rural influenciando as práticas políticas da saúde pública no interior do país⁽⁶¹⁾. O Governo varguista reforçava, com essas ações, características de sua atuação com total influência americana e adentrava no interior do território brasileiro.

Basicamente, três serviços retratam esse pacto entre os dois países na década de 1940: o Serviço de Malária do Nordeste, o Serviço de Febre Amarela e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), todos vinculados ao MESP.

O SESP, enquanto um acordo do governo Vargas com a Fundação Rockefeller, é apontado como o **segundo ciclo da APS no Brasil**^(17,21). O SESP constituía-se uma cooperação técnica internacional entre Brasil e Estados Unidos, entre o MESP e o *Institute of Interamerican Affairs* (Decreto Lei nº 4.275, 17.4.1942). Nesse período o SESP se fez presente em grande parte do país, conjugando centralização política com descentralização administrativa e reordenação da estrutura administrativa da saúde pública. Foram inaugurados inúmeros postos de puericultura no modelo de atenção sespiano.

As unidades de saúde sespianas tiveram interpelação em um papel importante de maior ênfase na construção da autoridade pública no Brasil, nas políticas e ações de saúde, como a puericultura^(21,54,61,66-67), com concepção de bons hábitos higiênicos no contexto familiar e individual^(66,68).

O SESP, como agência responsável pela institucionalização das políticas de saúde pública do Brasil, deixou marcas significativas na estrutura sanitária do Ministério da Saúde nos seus diversos campos de atividades: assistência às populações do interior, formação profissional, institucionalização administrativa, educação sanitária, etc. Sua trajetória não expressa conflito, mesmo com controvérsias, mas sim influência nas políticas de saúde do País como soma aos postulados do governo⁽⁶⁶⁾.

As atividades do SESP, entre 1942 e 1948, usavam a educação sanitária para romper o círculo vicioso fundamentado no ciclo econômico das enfermidades, numa perspectiva biopsicológica e individualista. O SESP usava a concepção causal das doenças como falta de instrumento educacional de valorização da ciência, arsenal de informações responsáveis para construção de atitudes e comportamentos saudáveis, medida que traria aquisição de conhecimentos e mudança cultural^(66,69).

A educação sanitária do SESP investia em estratégias educativas em uma expectativa imperialista de comunidade atrasada, entendendo resolver os problemas de saúde decorrentes da pobreza, através da intervenção de saber de outrem, como forma de romper a ociosidade e estagnação. Para isso, fazia uso de ações educativas tradicionais e impositivas de saber, como palestras, distribuição de folhetos e cartazes, exibição de filmes, através da tríade – motivação, percepção e personalidade, mesmo havendo forte desencontro entre a ciência abordada e os saberes locais⁽⁶⁹⁾.

Um dos pontos de crítica ao método adotado é que ignorava as desigualdades sociais e a distribuição irregular da riqueza, vinculada à condição dessas populações⁽⁶⁹⁾. Ademais, fortalecia a medicalização da saúde com a função das práticas educativas começando pelo médico e sendo efetuado pela enfermeira-visitadora, visitadora sanitária e auxiliar de saneamento como elementos de integração entre a comunidade e o serviço de saúde⁽⁶⁸⁾.

Já no início da década de 1950, a atenção à criança, sobretudo no meio urbano, manteve-se como caráter normativo assumindo progressivamente maior importância em razão do desenvolvimento industrial nos grandes centros⁽⁶³⁾.

A APS priorizava ações à saúde infantil envolvendo uma puericultura de pouca importância, em relação ao foco da assistência curativa baseada em subespecialidades médicas⁽⁵⁴⁾. O hospital assumia posição central na atenção à saúde, definindo-se como local

de encontro de diversas especialidades médicas⁽⁶³⁾ na era do crescimento do complexo médico industrial, que se estendeu até a década de 1970⁽⁵¹⁾.



Figura 5: Visitadora de saúde atuando em domicílio no município de Itacoatiara (AM) em 1946

Fonte: Fundo FSESP, COC/FIOCRUZ

Na zona rural, entre os anos de 1948 até 1960, a atenção à saúde teve maior ampliação com a expansão do SESP. As ações foram organizadas estruturalmente em redes de unidades de saúde locais, atuando tanto na medicina preventiva como na curativa, tendo como eixo principal a educação sanitária⁽⁶⁹⁾ no contexto da comunidade e da família, local de vida da criança.

O SESP também atuou no setor de educação estendendo as ações para além dos centros de saúde. Com isso, desenvolveu cursos de capacitação para professoras primárias, envolveu alunos nos programas de saúde em execução, com criação de clubes de saúde. Essa inclusão em rede de atuação na escola primária tinha como fim justificado, expandir as concepções de educação, saúde e educação sanitária sespianas, para a formação de líderes mirins como centro irradiador para lares e comunidades atingindo grande parte da população⁽⁷⁰⁾.

Fazendo paralelo temporal com a atuação do SESP na educação, depara-se com o surgimento de técnicas de educação de adultos e da ideia de acrescentar a cooperação e a participação da comunidade, a partir da incorporação do acervo das ciências sociais na saúde e educação. Assim, a educação sanitária deixava de ser uma técnica que a equipe utilizava

para ensinar as pessoas (famílias e comunidades) a assumirem responsabilidades, passando a estimular a “participação ativa dos sujeitos” para entender saúde como um completo bem-estar mental, físico e social, provavelmente, nos moldes da definição da OMS de 1948. Nessa perspectiva, tinha como finalidade “ajudar os indivíduos a alcançarem saúde, por meio de seus próprios atos e esforços⁽⁷⁰⁾”. Verifica-se, assim, uma mudança estrutural e processual da Saúde Pública.

Observa-se que essa mudança de organização processual da educação sanitária estava permeada por enunciados que atribuíam ao indivíduo a responsabilidade por sua falta de saúde. Desta forma, a proposta ambivalente, indivíduo-coletivo, agregou outra abordagem à prática sanitária: o trabalho comunitário, o trabalho em família, com políticas educativas em saúde voltadas à comunidade. Para tanto, um dos propósitos da atuação era estimular projetos de desenvolvimento da comunidade, com programas de construção de redes de serviços de abastecimento de água, esgotos, e postos de saúde. Essa organização tornou-se a principal estratégia de educação sanitária do SESP, com adoção de práticas e tecnologias, reforçando operacionalmente a dimensão técnica dos problemas. A avaliação dos seus resultados nos campos de atuação em saúde e educação com a família ou criança foi de participação acrítica, enfatizando a responsabilidade individual de solucionar a falta de saúde e o desenvolvimento local⁽⁷⁰⁾.

Mesmo com concepções de processos de saúde e doença distintos na sua operacionalização, essa fase da educação sanitária é vista como importante, por ser estruturalmente base para mudanças significativas e modelos voltados à prevenção e promoção em saúde, concebendo-a como educação em saúde, sendo ponto de reflexão da saúde pública. Vale lembrar que as avaliações da saúde na escola eram voltadas à criança, incorporando-a no seu meio familiar e comunitário⁽⁶⁸⁾.

Autores^(68-69,71) apontam que esse modelo de atenção em saúde do SESP poderia vir a ser considerado como embrionário da atenção básica, e para os agentes comunitários em saúde⁽⁶⁶⁾, pois envolve ações preventivas e curativas com a implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada às ações baseadas na atenção primária. Assim, no Brasil, o SESP representou o primeiro modelo de organização de ações baseado na atenção primária, e na educação sanitária como ação relevante⁽⁵¹⁾. Mas sua atuação era limitada em áreas estratégicas de produção de materiais para exploração americana, portanto, política cujo foco era em interesses bem definidos que não contemplavam a população como um todo ou, eram bases militares e de suprimento para defesa das costas litorâneas, além de pesquisa científica

de vetores e epidemiologia como ações centralizadas, quase sem articulação com outras instituições de saúde⁽⁷¹⁾.

Esse modo de organização das ações do SESP é fundamental para entendermos as influências no processo organizacional da APS, principalmente, em relação à saúde da criança, tendo a inclusão da família enquanto sujeito cuidador. A partir dos anos de 1960, após o término do convênio com o USA, o SESP foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), vinculada ao Ministério da Saúde através da Lei nº 3.750, de 11/4/1960. A manutenção de sua influência e caráter político direcionado ao liberalismo na APS foi observada até sua extinção em 1991. Ao longo do seu trabalho, o SESP teve marco na estrutura e nos processos de organização das ações de vigilância epidemiológica, no Programa Nacional de Imunizações (PNI), no estabelecimento de normas relativas à notificação compulsória de doenças (Lei nº 6.259, de 30/10/1975) nos serviços de saúde, ações indiretamente voltadas à criança.

Registram-se algumas de suas ações em nível nacional como a realização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica (CAMEM) e o início da implantação do sistema de registro de doses de vacinas aplicadas (Lei 904, de 1/10/1969). Na organização dos serviços, a FSESP tomou a frente do sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis, prioritariamente aquelas passíveis de controle por meio de programas de vacinação em relação à criança, as chamadas doenças da infância. Para a avaliação em saúde, um padrão de divulgação de estudos foi a criação do seu Boletim Epidemiológico, voltado, também, para a saúde da criança⁽⁶²⁾.

Registro achado sobre essa influência e a sua credibilidade na prática em saúde, observa-se em estudo⁽⁷²⁾ na Bahia. Na sua conclusão, os autores compararam a efetividade relativa das ações da FSESP na redução da mortalidade de crianças em um município baiano por mudanças no quadro socioepidemiológico da população em relação às demais instituições de outros municípios em iguais condições de vida que apresentaram piora do quadro de MI mesmo com alta média anual de consultas médicas por habitante. Portanto, entendeu-se que a prestação dos serviços SESP na região foi relevante para a redução da mortalidade infantil.

A partir da metade dos anos de 1960, movimentos, quase que concomitantes, em relação à APS nos USA, no Estado brasileiro e em secretarias estaduais de saúde iniciaram o **terceiro ciclo da APS brasileira**.

Em 1966, o informe da Comissão de cidadãos dos USA, através do Relatório Millis, considerou a APS como oferta do primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal

pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde^(57,73). Esses acontecimentos repercutiram para que, no início da década de 70, a atenção primária fosse aceita amplamente como oferta da Medicina, aos limites da capacitação da equipe de saúde⁽³⁾.

3.1.3 *Terceiro Estágio da Avaliação em Saúde e Organização da Atenção Primária à Criança no Brasil*

O terceiro estágio da avaliação em saúde ocorre desde 1967 até o ano de 1980, com duas fases: continuação da expansão, e após 1973 um período de profissionalização e institucionalização da etapa de julgamento⁽⁵⁰⁾. Este e outros contextos da avaliação e da atenção primária em saúde infantil são visualizados na Figura 6.

O marco significativo deste estágio foi dado pela aceitação da APS como oferta da Medicina, e a partir do Relatório Millis, sua nova definição foi incorporada pela Academia Americana de Médico de Família:

Forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais⁽⁵⁷⁾.

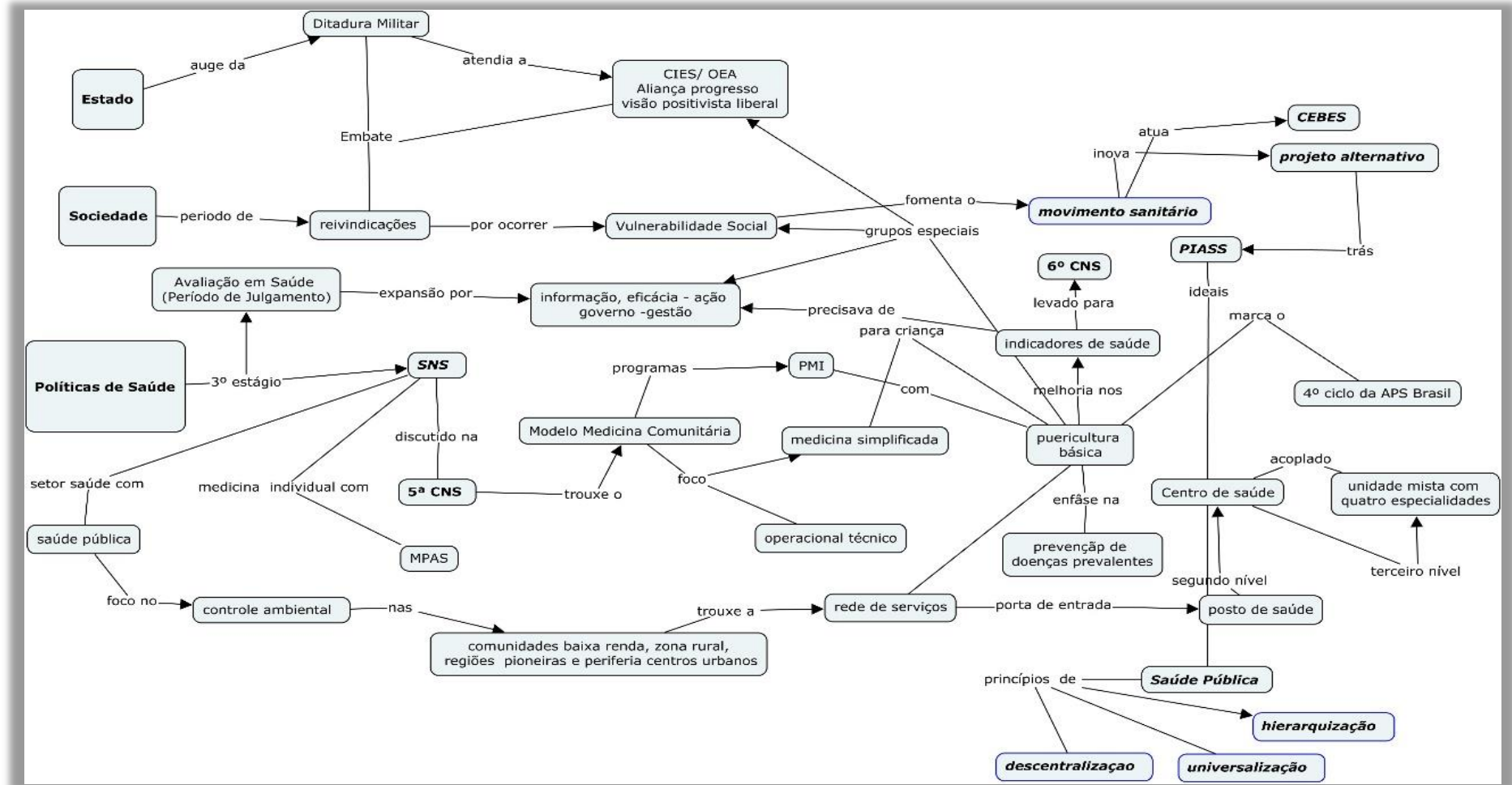
A aceitação e a nova definição da APS foram direcionadas ao treinamento de pós-graduação *stricto sensu* nos USA. O reconhecimento de uma "especialidade" da atenção primária foi objeto da medicina interna e pediatria geral, e resultou em relatórios do Instituto de Medicina – (*Institute Of Medicine* - IOM)^(14,49,74-76), que tiveram repercussão internacional especialmente nos países subjugados pela supremacia americana.

Nos relatórios da IOM, dois importantes aspectos foram abordados, a listagem dos atributos da APS ou as quatro principais características de serviços primários de atenção à saúde: acesso de primeiro contato ou acessibilidade, longitudinalidade, atendimento integral; e cuidados coordenados⁽³⁾ e a definição dos cuidados primários focados na figura médica como modelo de medicina comunitária americana:

[...] a prestação de serviços de saúde acessíveis, integradas por médicos, que são responsáveis para abordar a grande maioria das necessidades de cuidados de saúde pessoais, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e praticando no contexto da família e da comunidade⁽⁷⁴⁾.

As principais particularidades encontradas na Medicina Comunitária⁽⁷⁷⁾ contemplam essas características da APS. Havia preocupação com a saúde de grupos populacionais, mas restrita à população local, não contemplando os contextos sociais mais

Figura 6 - Terceiro estágio da avaliação em saúde e organização da APS à criança no Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de mapa conceitual.

amplos e diluindo suas determinações macrosociais. Em relação às ações preventivas e curativas, essas eram vistas como serviços básicos oferecidos universalmente aos grupos vulneráveis e de risco (entre eles, criança e mulher). A estruturação do serviço era hierarquizada e a natureza da organização dos processos na atenção primária simplificada, vista apenas como porta de entrada do sistema.

Na medicina comunitária, a atuação dos recursos humanos era improvisada por pessoal auxiliar treinado e orientado por profissionais de nível superior. O objetivo do modelo era de extensão da cobertura, inclusão de práticas médicas simples e alternativas, aumento da eficácia, revisão da tecnologia incorporada, visando à redução de custos desses serviços e aceitação da população. A participação da comunidade era por envolvimento na solução dos seus problemas. Criada para contrapor-se aos altos custos e à configuração do modelo médico hegemônico, a avaliação do modelo de medicina comunitária aponta que não houve repercussão de suas ações nos atos cotidianos no modo de produzir saúde⁽⁷⁷⁾.

No contexto da contra-hegemonia ao modelo de atenção à saúde, outros movimentos mundiais levantaram enfoques diferenciados visando superar a orientação centrada no controle da doença. Essas manifestações dos movimentos foram registradas em relatórios que desenvolveram a perspectiva de enfatizar o conceito de promoção da saúde, o que culminou com a expressão "segunda revolução da saúde" cunhada por J. Richmond⁽⁷⁸⁾.

O primeiro relatório foi elaborado por Marc Lalonde em 1974⁽⁷⁹⁾ e buscava construir uma nova perspectiva à saúde dos canadenses⁽⁷⁸⁾, cujo conteúdo foi revisitado com o Relatório Epp – “Alcançando Saúde Para Todos” de 1986. O segundo relatório foi produzido pela OMS, em 1975, e tratava das missões oficiais na China, realizadas em 1973-1974⁽⁸⁰⁾. Por último, Julius Richmond, em 1979⁽⁸¹⁾, escreve sobre saúde dos americanos, propondo qualificar mudanças necessárias para responder às exigências da saúde da população da época. Por fim, essas preocupações em relação à saúde da população culminaram na conformação formalizada pela OMS na declaração de Alma-Ata, em 1978⁽⁷⁸⁾.

O documento "Metas da Saúde para Todos" de Alma-Ata divulgou universalmente o desenvolvimento do modelo centrado na saúde preconizando o retorno à perspectiva ecológica, tendo como focos centrais, específicos e inovadores: "promoção da saúde" e "estilo de vida"^(78,82).

A medicina comunitária foi incorporada às políticas públicas de saúde do governo brasileiro patrocinadas por fundações americanas e OPAS⁽⁷⁷⁾, após terem sido divulgados estudos controlados e revisões sistemáticas⁽⁵⁴⁾ sobre o tema. A similaridade da conjuntura de mobilização popular e intelectual em torno dos direitos humanos nos dois países^(83,77)

influenciou a decisão. O Brasil vivia os conflitos pós-regime militar de 1964, e o contexto político, econômico e social de mobilizações populares e intelectuais incentivava a centralização do poder, o fortalecimento do executivo e a reforma administrativa e financeira em nível federal, com diretrizes à modernização das administrações estaduais e municipais⁽⁸⁴⁾.

Essa modernização veio em um formato catalisador do modelo liberal privatista através de rede privada contratada, utilizando o financiamento do setor público em consonância com a política de sustentação do capital, a partir do Estado. Esse modelo se constituiu na prática neoliberal de organização dos serviços de saúde de forma hegemônica no Brasil até a década de 1990⁽⁷⁷⁾.

Em nível federal, o MS criou a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, vinculada à Secretaria de Assistência Médica que tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970)⁽⁸⁵⁾. Salienta-se a manutenção do princípio da proteção da saúde, enquanto ênfase no ambiente, na prevenção dos acidentes e riscos à saúde⁽⁸⁶⁻⁸⁷⁾ apresentados na narrativa nos documentos de políticas de saúde em relação ao grupo materno-infantil durante os três ciclos da APS brasileira.

Nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), iniciavam-se mudanças graduais que se concretizaram em posição de modelos alternativos ao padrão dominante da política de saúde⁽⁷¹⁾. As mudanças foram na carreira sanitária e reorganização técnico-administrativa nas unidades sanitárias quanto a dimensões estrutural e processual dos programas de saúde pública⁽⁸⁴⁾.

Mesmo que as SESs permanecessem conservando o núcleo tecnológico original sepiano com ações direcionadas à prevenção das doenças, elas incorporaram a atenção médica dirigida especialmente ao grupo materno-infantil e às doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase⁽¹⁷⁾. Aos centros de saúde estaduais, foram incorporadas estratégias voltadas à saúde infantil através de novas ideias na puericultura brasileira provindas da pediatria social, identificando na desigualdade social e políticas governamentais as causas para as mazelas infantis⁽⁶⁹⁾.

As novas ideias da puericultura vieram em contrapartida ao neoliberalismo e como resistência ao golpe militar por meio de “Cursos de Nível Local” ou “Cursos Curtos de Saúde Pública” de cunho sanitário, com ênfase nos conhecimentos sobre planejamento, organização de serviços, estatística, epidemiologia e ciências sociais, procurados por jovens médicos integrantes dos Departamentos de Pediatria em Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina, participantes ativos das organizações estudantis e desejosos por sentido político

ao saber profissional, ao trabalho com a população e à direção dos serviços de saúde pública em uma “perspectiva de transformação da realidade do País⁽⁸⁴⁾”.

Logo, o modelo de medicina comunitária adotado pelo governo encontrou nestes departamentos de medicina preventiva espaços de ampliação e mudanças, resultando em propostas ampliadas de acesso e intervenção materializadas em experiências de programas de extensão de cobertura na atenção básica, a exemplo de Montes Claros, Paulínea, e outras^(71,77), que resultaram em novas propostas alternativas.

Até o ano de 1974, o regime militar brasileiro manteve-se acirrado e o sistema de saúde vigente voltado prioritariamente ao atendimento hospitalar exaltando o modelo privilegiado do setor privado e a medicina de cunho liberal. Para a saúde pública, tanto a estrutura organizacional como seus processos eram mantidos com um quadro de falta de recursos, aparelhos quebrados, falta de medicamentos, recursos humanos escassos e despreparados para cumprir seu papel. A organização do sistema público era voltada à manutenção de ações nos ambulatorios e centros de saúde.

Complementando o sistema de saúde com atendimento da alta complexidade, houve a expansão dos hospitais universitários devido à ampliação das faculdades de medicina e escolas de enfermagem, como base dos sistemas de formação de médicos. A organização desses hospitais era pelo sistema de ensino submetido ao poder da instituição, desde a ocupação dos espaços físicos até a lógica de funcionamento dos diversos setores como ambulatorios e enfermarias⁽⁸⁸⁾.

Essa estrutura organizacional da saúde realçou a visão do sistema público como setor desprestigiado, que não respondia às necessidades de atendimento da população, não tinha recursos para ações de prevenção, assim como para outras ações básicas de saúde e saneamento⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾. O desinteresse estatal era grande, e o agir voltava-se para o combate aos altos índices de morbimortalidade, enquanto risco de vida, que obstaculizavam avaliação positiva do país em relação ao seu grau de desenvolvimento.

No entanto, algumas avaliações já demonstravam o impacto na saúde infantil dessa organização da saúde pública, identificando um período de profissionalização e início de institucionalização da etapa do julgamento da avaliação, com os resultados do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) 1974/1975, ao índice da desnutrição infantil como condições de alimentação e nutrição. Aponta-se que, no Brasil, em crianças menores de 05 anos, a proporção de baixo peso para a idade era de 18,4% em 1974. Além disso, a baixa estatura para a idade era de 32,0%, índice indicador de desnutrição crônica; e o baixo peso para a estatura (desnutrição aguda) era de 5,0%⁽⁹²⁾. Já o indicador de saúde, mortalidade

infantil (MI), de acordo com o censo demográfico 1940-1991⁽⁹³⁾, em 1974, era de 115(%), sendo na região nordeste de 146,4(%) e, na região sul de 81,9(%)

Esses dados reforçaram para o governo a importância em priorizar ações de saúde à criança por meio de políticas sociais. Entretanto, a gestão justificava que as causas desses índices elevados eram de cunho social, dificultando sua resolução por irem para além do campo da saúde⁽⁹³⁾. Assim, o governo utilizava-se dos resultados dos dados infantis para propor ações descoordenadas e fragmentadas. Dessa feita, pouco se fazia e muito se justificava com os indicadores de saúde, sem uma análise de conjuntura para avaliar a efetividade⁽⁹⁴⁾ quanto à estrutura e processos dos serviços de saúde.

No ano de 1975 emerge no Brasil um conjunto de modificações gerais com a abertura política durante a ditadura militar. Esse quadro, juntamente com a retomada da urbanização e industrialização do país, acompanhou o aumento da pressão popular por melhorias sociais, inclusive na saúde⁽⁹⁵⁾.

As mudanças política, econômica e social protagonizaram formas de fazer a avaliação em saúde. Estudo⁽⁹⁵⁾ mostra que a conquista por direitos, associada à prestação de serviços no setor, gerava interferência estatal cada vez mais marcante no setor de produção de saúde. Mesmo que cada grupo tivesse diferentes concepções e necessidades singulares, eles aspiravam a uma organização das suas instituições prestadoras de ações em saúde. Esta prática ocorreu no interior da sociedade, em comum acordo com a capacidade produtiva em respondê-las, mais o poder político dos grupos de exigí-las.

Esse quadro da política de saúde em 1975 levou o governo brasileiro a criar, através da lei 6.229 de 17 de julho, um Sistema Nacional de Saúde com estrutura organizacional subdividida em dois campos de atuação: o da Saúde voltado a saúde pública e o da Previdência e Assistência Social (MPAS) destinado ao atendimento médico individual⁽⁹¹⁾. A criação do SNS foi uma proposta vertical levada à discussão somente um mês depois da promulgação de sua lei, na 5ª CNS. A implantação desse sistema de saúde, com foco na medicina comunitária, revela uma ação do governo de demonstração de força perante as reivindicações na saúde e o embate ideológico entre Estado e sociedade da época.

A 5ª CNS apresentou programa de caráter especial para o grupo materno-infantil, estratégia assumida a grupos populacionais ou de agravos específicos: criança, mulher, doenças, endemias, etc.⁽⁹⁶⁾. Sua prioridade deu-se por ter este grupo taxa média de 70,98% da população geral da época, e, ser considerada a parcela mais vulnerável da sociedade. Vulnerabilidade aferida pelos índices de coeficientes de mortalidade materno-infantil,

situação de desnutrição, disseminação de doenças, insuficiente cobertura nos serviços e fatores sociais, incluindo a má distribuição de renda.

A esta avaliação de julgar e atribuir ações não desenvolvidas pelo sistema de saúde como responsável pela situação epidemiológica e, apresentar estratégias voltadas a melhoria dos resultados na área materno-infantil, ocorrida na 5ª CNS, compara-se ao **terceiro estágio do julgamento** de Guba & Lincoln de **avaliação em saúde**.

As recomendações da 5ª CNS são notórias pelo cunho político para atender diretamente ao cumprimento de uma aliança para o progresso⁽⁹⁷⁾ com medidas de cunho positivista e liberal nas políticas públicas⁽⁹⁸⁾ endossadas pelo Brasil em Reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social (CIES) da Organização dos Estados Americanos (OEA) ocorrida em Punta del Este⁽⁹⁹⁾, assumindo o Estado posição de controle social com ações contendoras à pressão popular por direitos⁽⁹⁷⁾. A avaliação desse processo tinha o intuito de legitimar a adoção de um modelo nos moldes da medicina comunitária, pois levou em consideração as medidas de intervenções de adequação às realidades locais, o modelo operacional técnico, a disciplina da aplicação dos recursos distribuídos, o estabelecimento de prioridades e ênfase à participação da comunidade; todos esses aspectos convergindo para a consolidação desse modelo.

Para cumprir este papel, a 5ª CNS traçou, para os cuidados primários, um modelo de medicina simplificada⁽⁵⁵⁾, atendendo à reivindicação da população por acesso à saúde, mas com medidas de controle de custos do sistema de saúde, justificada pela necessidade de reduzir gastos para não levar o país à diminuição do crescimento econômico⁽¹³⁾. Esta justificativa foi explicada pela complexidade de ofertar acesso da população ao sistema de saúde, diante das zonas de incerteza existentes nas relações entre seus problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, e pelo desenvolvimento rápido das tecnologias médicas de custo elevado⁽⁵⁵⁾.

A avaliação em saúde passou a ser considerada ferramenta de melhor solução para entender a necessidade de informação sobre funcionamento e eficácia do sistema de saúde pela esfera governamental e da gestão⁽¹³⁾. Desde então, a avaliação na área sanitária goza de prestígio porque ao responder às mudanças de conhecimentos, conceitos e pressões apresentadas a todo o momento, abona políticas de saúde adotadas.

Entre as décadas dos anos 1970 e 1980, a profissionalização da avaliação em saúde tomou para si a perspectiva de julgamento da melhoria dos indicadores de saúde, notadamente a mortalidade, analisando a mudança comparativa das ações desenvolvidas pelo sistema de

saúde⁽¹³⁾ associando a intervenções na área de saúde pública e melhorias sociais e não apenas fortemente ligada ao nível de renda.

A criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI), dentro deste modelo de atenção, é um exemplo dessa situação. Apresentado pelo governo para redução da morbidade-mortalidade como ação prioritária em saúde⁽⁸⁵⁾, as políticas adotadas apreciavam recursos financeiros, infraestrutura de saúde, qualidade de informação, ampliação e melhoria da qualidade das ações dirigidas principalmente à criança menor de 05 anos, à mulher na gestação, parto e puerpério⁽⁸⁵⁾.

A proposta do PMI justificou uma estrutura para atingir os problemas imediatos da maternidade estendidos até a adolescência, com ações de planejamento familiar (PF), cuidados pré-natais (PN), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), aleitamento materno (AM), suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil; controle das doenças diarreicas (CDD), controle das infecções respiratórias agudas (CIRA), programa nacional de imunização (PNI) (Lei nº 6.259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12/08/1976), apoiados pela educação em saúde (ES)^(44,54,85,100-104).

No entanto, mesmo com estas ações pautadas para o grupo infantil, concretizou-se em uma puericultura básica, na qual sua estrutura demonstrava apenas processos organizacionais à prevenção dos agravos das doenças prevalentes⁽⁸⁵⁾.

Estudos sobre o funcionamento do Serviços de Saúde(SS), que exploraram os nexos da política materno-infantil⁽⁴⁴⁾ e a atenção à saúde da criança no Brasil⁽¹⁰⁵⁾, trouxeram a indagação das características de verticalidade do PMI, enquanto controle social do Estado, por metas e normas decididas em nível central, com critérios técnicos e apresentando consonância ao modelo tecnocrata de administração brasileira da época. Além disso, quando avaliados os subprogramas, encontraram-se ambiguidade, amplitude e interpretação equivocadas dos conceitos da atenção primária e educação em saúde, gerando dificuldades operacionais e modelo de atenção à saúde que nem sempre condizia às necessidades das condições de vida da população brasileira infantil^(44,105).

Uma das ações do PMI que também foram avaliadas por essa mesma indagação de verticalidade foi a de prevenção à gravidez de alto risco (PPGAR) de 1978^(45,105), pelo olhar direcionado à gestação e ao nascimento da criança. Tal ação entrelaça-se ao quadro de forte pressão popular na época e às ações adotadas como estratégia operacional que levaram a tendência à medicalização da família, observadas nas medidas tomadas para o exercício do

controle estatal. Cita-se, como exemplo no estudo, a institucionalização do parto como tentativa de controlar e monitorar o desenvolvimento da população⁽⁴⁵⁾.

Mesmo avaliadas negativamente por verticalidade e medicalização, as ações desenvolvidas no PMI foram atreladas pelo governo como causa principal dos resultados positivos dos indicadores de saúde em relação à mortalidade materno-infantil, embora seu impacto fosse ligado a outras melhorias sociais que vieram ao longo da década chamada de ouro ou do desenvolvimento brasileiro⁽⁴⁴⁾. Como publicado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)⁽⁹⁴⁾, avaliam-se essas melhorias sociais vinculando-se à expansão da integração regional na rede assistencial de saúde e escolar e, analisa-se a mudança de indicadores de saúde atribuída à ampliação de infraestrutura de saneamento básico, sobretudo da rede de abastecimento de água, e habitação.

Observa-se que esses fatores de melhorias sociais levaram à retomada de tendência de queda da mortalidade, tanto geral quanto infantil, ocorrida em países da América Latina⁽⁹⁴⁾.

Nesse período, começava-se a observar redução significativa nos padrões históricos de desigualdade regional por óbito, e no Brasil, a Região Nordeste apresentou, a partir de 1975, maiores ganhos da esperança de vida⁽¹⁰⁶⁾, mas, apenas redução de taxa de MI de 128% para 74,3%, e ao compararmos com a Região Sul, a redução foi de 72 para 27,4%. Entre as duas regiões ainda havia significativa diferença. Tinha-se o Nordeste com a taxa brasileira mais elevada (74%) e o Sul com a menor (27%), um diferencial de taxa de MI de 150%⁽⁹⁴⁾.

Essas avaliações da mortalidade infantil compõem o documento da 6ª CNS⁽¹⁰⁷⁾ ocorrida em 1977, relacionando o quadro nosológico primariamente ao precário saneamento do meio e condições nutricionais deficientes das populações periféricas dos centros urbanos e regiões do interior do país, às condições insatisfatórias dos indicadores de saúde da mãe e da criança, à existência de grandes endemias em extensas áreas e contingentes populacionais do país como esquistossomose, doença de chagas e malária; e, aos níveis elevados de afecções cosmopolitas como sarampo e poliomielite.

A organização da estrutura e processo dos serviços no SNS⁽¹⁰⁷⁾, em áreas programáticas de atuação, era para o controle do Meio Ambiente com saneamento básico, ecologia humana, saúde ocupacional, vigilância sanitária, prestação de serviços a pessoas em duas redes distintas: uma de atendimento individual à ocorrência de condições mórbidas e a outra de alcance coletivo às necessidades de conhecimento da saúde da comunidade com ampla cobertura, acessibilidade, prioridade às comunidades de baixa renda, na zona rural em geral, nas regiões pioneiras e periferia dos centros urbanos. Em ambas as redes,

operacionalizavam-se os princípios de medicina preventiva, a promoção da saúde, a proteção específica, o diagnóstico precoce e tratamento imediato, a limitação da incapacitação temporária e a readaptação de incapacidade definitiva.

A estrutura organizacional e processual da rede de assistência médico-sanitária do SNS atuava no coletivo⁽¹⁰⁷⁾, com hierarquia de complexidade crescente envolvendo decisão programada e estruturação de referência entre unidades e redes.

A organização da rede médico-sanitária se iniciava no Posto de Saúde, unidade simplificada, periférica, com pessoal de formação elementar, treinado pelo serviço. Esses são os “postinhos” no dito popular. A programação estaria a cargo de sanitarista de nível superior, lotado em Centro de Saúde que abrangia vários postos, com ações de supervisão permanente realizada por pessoal de nível médio.

Os serviços do posto de saúde tinham ações de saneamento básico, vigilância epidemiológica, imunizações, alimentação e nutrição, educação para a saúde. Os grupos prioritários eram o materno-infantil, portadores e comunicantes de doenças infectocontagiosas. A atuação preferencial era a visita domiciliar em seu *lato sensu*⁽¹⁰⁷⁾, ou seja, abrangia atividades no domicílio, na escola, incluindo ações voltadas ao saneamento básico do meio.

Para seus interlocutores, o Posto de Saúde era a unidade estreitamente integrada à comunidade rural ou suburbana. Quanto à presença médica, essa seria apropriada para atender aos doentes selecionados pelo pessoal permanente. A ação curativa seria programada e delimitada num pequeno espaço de tempo do agente local. Caso necessário, os doentes seriam encaminhados à unidade mais complexa e acessível.

O Centro de Saúde, unidade sanitária complexa, tinha presença permanente da figura médica, atividades desenvolvidas em maior complexidade, avaliação dos níveis de saúde da comunidade, vigilância sanitária, programação e supervisão dos Postos de Saúde. A assistência médica individual era prestada à parcela da população de fácil acesso à unidade, priorizando o grupo materno-infantil e, casos de endemias prevalentes na região. Em ambas as unidades, buscava-se a participação comunitária⁽¹⁰⁷⁾:

A participação da população[...] é indispensável e deverá ser estimulada por intermédio da educação em saúde, visando à conscientização da clientela em relação ao binômio saúde/doença, enfocando os problemas regionais e locais e da representação[...] diretamente ou por [...] representantes formais, no processo decisório aos diversos níveis do Sistema. [...] deve envolver ainda a execução dos atos relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal orientação torna necessária, dentro de um princípio de mínima

intervenção, a utilização de sistemas alternativos de atenção à saúde (utilização de parteiras leigas) e necessidade de educar a população para que realize a automedicação quando segura, eficaz e complementar às ações do sistema formal de saúde⁽¹⁰⁷⁾.

Leia-se participação acrítica em ações do sistema formal de saúde, e atribuição à comunidade de responsabilidade pelos desígnios da condução na saúde, incluindo adoção de práticas alternativas, admitindo o saber popular, em contrapeso ao reforço e direção à medicalização na saúde como integrante ao SNS.

O terceiro nível dessa rede era a Unidade Mista, acessada por encaminhamento referenciado do Centro de Saúde à Rede de Assistência Médico-Hospitalar. A estrutura física era constituída de um Centro de Saúde acoplado ao hospital com menos de 50 leitos realizando atividades peculiares dos níveis anteriores e internação nas quatro clínicas básicas (Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia e Gineco-Obstetrícia).

Essa forma de organização da rede da assistência médico-sanitária marcou a política de saúde com o modelo da medicina simplificada como o **quarto ciclo da APS brasileira**⁽¹⁷⁾. Ao avaliar este modelo, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)⁽⁹¹⁾ critica a atuação/desempenho cotidiano do chamado pessoal de nível elementar ou paramédico, como arremedo de medicina que iludia a população de ter acesso aos serviços de saúde, pois quase nunca garantia entrada aos outros níveis de serviços, ou referência a rede médico-hospitalar.

Na avaliação da saúde da criança na APS, mesmo diante dos estudos sobre o funcionamento dos serviços de saúde, ainda perdurava a comparação da manutenção de índices assustadores de mortalidade infantil, como indicador de saúde⁽¹⁰⁶⁾, *a priori*, focados na não resolução de problemas ligados ao ambiente físico e social⁽¹⁰⁸⁾, em que, as crianças se encontravam inseridas, e esses não eram atribuídos às ações sanitárias na saúde infantil.

A visibilidade das mudanças por pressão social no Brasil só ocorreu a partir de 1976, junto às alterações e repercussões internacionais de conceitos e perspectiva na saúde que levaram à ocorrência de manifestações^(44-45,55) como o movimento sanitário, envolvendo profissionais da saúde e educação que debateram a questão em estudos e pesquisas de avaliação do modelo de desenvolvimento econômico do país, denunciando seu efeito sobre a saúde das pessoas e a irracionalidade do sistema de saúde, trazendo propostas construtivas de projeto alternativo de transformação da sociedade e do sistema nacional de saúde⁽⁴⁵⁾.

Entre as propostas, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976⁽¹⁰⁹⁾, foi implantado como rede de serviços voltada à APS, e princípios de hierarquização, descentralização e universalização.

No I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da câmara dos deputados em Brasília, em 1979, quando do reingresso legislativo nas questões substanciais da saúde, o CEBES – Nacional destacou a sua participação formulando documentos coletivos com essas análises: *A questão da democracia na saúde*⁽¹¹⁰⁾ e *A atenção primária*⁽⁹¹⁾ que serviram de base à proposta do ideário reformista de reorientação para um Sistema Único de Saúde^(90,111), rompendo o modelo médico-privatista vigente⁽¹⁸⁾. A base impulsionadora deste movimento foi a *Carta de Alma-Ata* de 1978⁽¹⁴⁾.

A questão democrática de saúde avaliou o nível de vida da população apresentando a alarmante incidência da mortalidade infantil, além do quadro das condições de saneamento, poluição ambiental e níveis nutricionais em relação à miséria absoluta de parte da população⁽¹¹⁰⁾.

No documento da Atenção Primária à Saúde⁽⁹⁴⁾, apresentou-se a situação de crise da estrutura do sistema, a prestação de serviços, além da bandeira do direito à saúde. Propunha-se um modelo alternativo à APS tradicional com uma rede de atenção que delineava o papel da APS esboçando a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde com nova racionalidade na relação custo-benefício, e a luta pela defesa dos interesses da população, desenhando a chamada atenção básica em saúde⁽⁹¹⁾.

Ainda neste documento⁽⁹¹⁾, ressaltam-se

- Suas *quatro características básicas*: democratização da atenção médica; extensão de cobertura e níveis de atenção; medicina integral; e participação comunitária nas decisões dos seus interesses.

- *Crítica ao modelo de medicina comunitária* através de programas de prestação de serviços com prática em medicina simplificada.

- *Organização dos serviços por programas de atenção* médica integral às faixas etárias de maior risco com acompanhamento periódico e frequente.

Todo esse enredo dá vazão, a partir do início da década de 1980, às mudanças na perspectiva de um novo sistema com descentralização da saúde, levando a regulamentações legais dos direitos, ancoradas não apenas no interesse unilateral do Estado brasileiro, mas impulsionadas pela pressão popular, culminando na aprovação de leis e políticas públicas⁽⁴⁵⁾. Essas propostas são fundamentais para se compreender as mudanças nas políticas voltadas à população materno-infantil⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

3.1.4 Quarto Estágio da Avaliação em Saúde e Organização da Atenção Primária à Criança no Brasil

A avaliação em seu quarto estágio passa a ser parte dos segmentos do modelo de atenção à saúde no contexto do período de sua profissionalização até o ano de 1990, ocorrendo, em seguida, um período intitulado de dúvidas e institucionalização pelos novos caminhos do processo da Reforma Sanitária⁽⁵⁰⁾. A partir desse período, cada vez mais o papel da avaliação vai se delineando na conjuntura nacional, enquanto processo decisório para a saúde. A Figura 7 apresenta o contexto deste quarto estágio.

Em março de 1980, o período de profissionalização da avaliação envereda pelo enredo das mudanças propostas pelos movimentos da reforma sanitária quando a APS é tema único e central da 7ª CNS: “*Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos*”. O governo federal distribuiu em 16 grupos de debates cerca de 400 participantes, sem representação da sociedade civil para discutir a manutenção do modelo de medicina comunitária, firmado no discurso do consultor da OPAS, sobre diretrizes dos serviços básicos de saúde⁽¹¹²⁾.

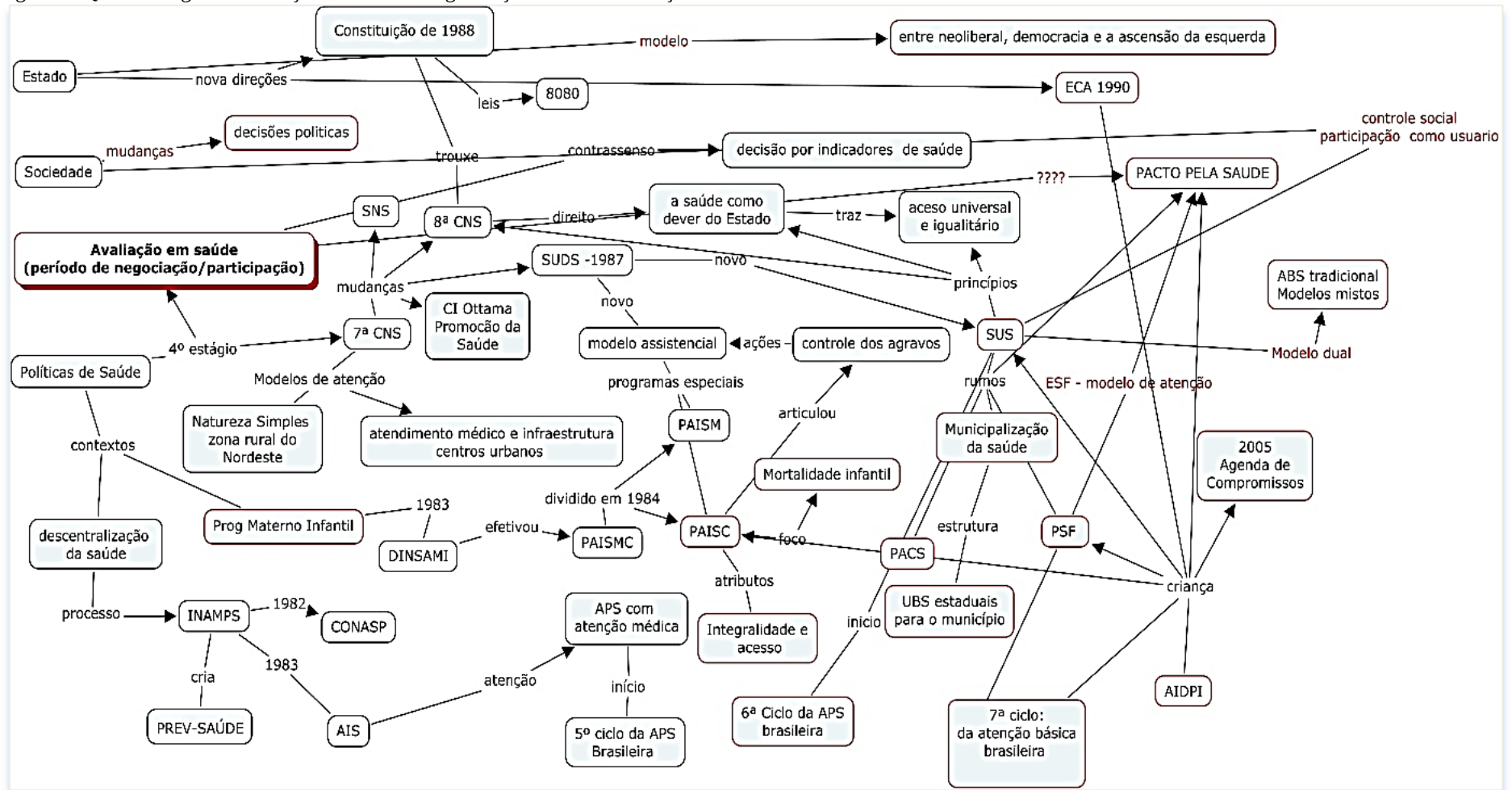
Na proposta do tema da 7ª CNS, a estrutura organizacional da medicina simplificada vertical foi mantida em dois modelos de atenção que consideravam as condições socioculturais diferenciadas: um modelo de natureza simples para os pobres e outro modelo, com atendimento médico para as outras camadas sociais do país. Propostas fundamentadas em resultados de pesquisas internacionais e poucos estudos do Brasil evidenciaram, em sua maioria, que as necessidades de saúde da população eram de natureza simples. Cerca de 90% da demanda total podia ser atendida com recursos e técnicas em nível primário. Desses, dois terços não tinham necessidade da ação direta do médico ou de profissionais de saúde em nível superior⁽¹¹²⁾.

A adequação dos modelos de serviços básicos de saúde era por grau de risco da população. A estrutura operacional tinha como ponto central a eficiência da rede básica, articulada em um conjunto de serviços prestados às pessoas e comunidades e, processos de atendimento às demandas por integração das ações de saúde para resolução de problemas de acordo com a capacidade de cada nível de atendimento.

Foi na proposta dos modelos de atenção da 7ª CNS que aflorou a profissionalização da avaliação no seu processo dos segmentos da APS, o que remete ao **quarto estágio da avaliação** de Guba & Lincoln⁽⁷⁾, afirmada por Donabedian⁽⁴³⁾ como uma avaliação participativa.

O modelo de atenção de natureza simples era direcionado para a zona rural e pequenos centros, na Região Nordeste (NE) e/ou para modelos ajustados à Região Norte(N)⁽¹¹²⁾. A infraestrutura física direcionava-se às atividades mínimas de imunização obrigatória, vigilância epidemiológica de base, promoção ao saneamento básico, orientação para a conservação da saúde; mobilização à participação comunitária, atividades de controle de endemias prevalentes, promoção da melhoria de alimentação, tratamento de afecções e traumatismos mais comuns. A prioridade era dos grupos considerados biológicos e socialmente vulneráveis. A atuação para a

Figura 7- Quarto estágio da avaliação em saúde e organização da APS à criança no Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de mapa conceitual.

demanda tinha tecnologia simplificada, de menor custo e adequada eficácia⁽¹¹²⁾.

A organização do modelo de forma simplificada dos meios de produção do cuidado foi defendida e justificada devido à simplicidade visualizada nas pesquisas internacionais dos problemas da população pobre, ressaltando a não existência de discriminação para com essas pessoas, assegurou-se a possibilidade da existência de referência aos serviços mais complexos⁽¹¹²⁾.

O modelo com atendimento médico e infraestrutura direcionada aos médios e grandes centros urbanos, incluíam o atendimento diferenciado e de emergência mais comuns com unidade de maior complexidade e capacidade de resolução de problemas clínicos. Recomendou-se, sem especificações, a adoção de diferentes modelos para avaliação e adequação ao processo dos atendimentos⁽¹¹²⁾.

Mesmo com essa roupagem, nas políticas públicas de saúde neste período, dois contextos avolumaram-se: a descentralização da saúde e o programa materno-infantil. As políticas voltadas ao processo de descentralização da saúde foram efetivadas quando o modelo médico previdenciário, debelado em crise, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) criou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e continuou a descentralização em 1982, com o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), e em 1983 com a política de Ações Integradas de Saúde (AIS)⁽¹¹³⁾.

As AISs efetivaram um sistema unificado e descentralizado de saúde por meio de convênios entre Estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, atendendo à atenção integral e universal dos cidadãos⁽¹¹³⁾. Essa ligação é avaliada como responsável por levar para as unidades de APS, do sistema de saúde pública, a cultura da atenção médica do INAMPS, iniciando-se o chamado **quinto ciclo da APS brasileira**⁽¹⁷⁾.

Na área materno-infantil, estudos^(38,44) apontam a década de 1980 como ocorrendo importante interregno até os anos de 1990. Neste intervalo de tempo, aconteceram percalços e fragilidades pertinentes ao processo de lutas até a vinda de conquistas, que culminaram na consolidação de direitos através de diversas leis e de programas de saúde voltados à atenção materno-infantil, importantes na organização dos sistemas e serviços de saúde, e na melhoria de indicadores de mortalidade neonatal nos anos 1990 e 2000.

Neste contexto, o Ministério da Saúde em 1983, por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), efetivou o Programa de Assistência Integral à Saúde da

Mulher e da Criança (PAISMC), para melhoria de suas condições de saúde, incrementando a cobertura e a capacidade da rede pública de serviços de saúde⁽⁸⁵⁾.

Em 1984 vieram dois programas na linha das ações integradas em saúde substituindo o PAISMC, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)⁽⁸⁵⁾.

Pela primeira vez no Brasil, um programa estatal teve ação voltada nomeadamente à atenção à saúde da criança, contemplando os atributos da APS, integralidade e acesso aos serviços.

A coordenação das ações no PAISC⁽²⁾ foi pensada envolvendo a rede de serviços públicos de saúde, através da estratégia das AISs e interligação entre os níveis federal, estadual e municipal. Afirmar ter elementos fundamentais como integração das diferentes instituições envolvidas na prestação de assistência à saúde, possibilitando realocação de recursos e definição política mais ampla.

A avaliação do agravo e a mortalidade de crianças com média epidemiológica brasileira de 87/1000 crianças nascidas vivas antes de completar 01 ano de vida, em extremos de 25/1000 até índices que ultrapassavam 150/1000, fundamentaram um dos objetivos do PAISC⁽¹¹⁴⁾: combater indicadores de saúde de morbimortalidade infantil, além de melhorar o perfil da infância alcançando melhores condições de saúde, mantendo a proposta de aumento da cobertura e capacidade⁽¹¹⁴⁾ como meio de resolutiva dos serviços^(20,85). Para tanto, o modelo enfocava ações básicas de prevenção às doenças prevalentes da infância e combate a morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos de vida com racionalidade nas intervenções à desnutrição, infecções respiratórias e por diarreia, e as doenças imunopreveníveis⁽¹¹⁴⁾.

A explicação para os dados epidemiológicos de MI⁽¹¹⁴⁾ atrelava-se à extremamente complexa binômia da desnutrição e infecções e a definição de seus múltiplos fatores determinantes. Como havia uma longa e ramificada cadeia de fatores para as altas prevalências da desnutrição e infecção, o entendimento do governo era de que seus percursos conduziam para as adversas condições de vida em que crescia e se desenvolvia considerável parcela da população infantil⁽¹¹⁵⁾. Sob o ponto de vista sanitário, justificava-se essa situação pela deterioração, a partir de 1970, do poder aquisitivo da população, com agravo nas condições de alimentação e moradia⁽¹¹⁴⁾.

A justificativa adotada pelo governo deixa de lado o fato que, a partir do final da década de 1970, iniciava-se a tendência persistentemente decrescente da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, mesmo coexistindo a grave crise econômica mundial, caracterizada por redução do Produto Interno Bruto (PIB), do valor real do salário mínimo e

da elevação do desemprego. Este aparente paradoxo, inclusive, foi estudado em países como Cuba e Nicarágua⁽¹¹⁶⁾.

A partir desses olhares de avaliação das condições de vida em Cuba e Nicarágua⁽¹¹⁶⁾, afirma-se que o conhecimento acerca da contribuição de fatores determinantes da variação da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento foi ampliado. Assim, investigações com este objetivo referem-se às intervenções de saúde como um dos mais relevantes determinantes na explicação da variação dos níveis da mortalidade infantil.

No Brasil, a identificação do resultado por observação da queda da mortalidade infantil, em uma conjuntura de recessão econômica, apontou como possíveis explicações para esta tendência, a adoção de políticas públicas com intervenções médico-sanitárias, expansão da rede de abastecimento de água e aumento da escolaridade⁽¹¹⁶⁻¹¹⁷⁾. Aliado a esses fatos, ocorria a atuação subjacente da redução da fecundidade^(116,118-119).

Para a estrutura e os processos dos serviços de saúde no PAISC, o governo abalizou⁽¹¹⁴⁾ uma importante alteração na rede pública, atuação constante e objetiva com equipamentos coletivos de atenção médico-sanitária nas unidades de saúde. Para tanto, incorporou-se à rede do PIASS de postos e centros de saúde as unidades mistas e as hospitalares em número e distribuição espacial suficiente, rompendo a atuação “paternalista” para um desempenho de criação do elo entre o grupo infantil e os serviços de saúde. A atuação previa o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, monitorando os fatores indesejáveis do meio ambiente que impediam ou restringiam a criança de atingir o seu potencial genético⁽¹¹⁴⁾.

No entanto, o modelo não avançou nas práticas em saúde em pediatria, e continuou com o caráter hegemônico de visão biologicista da doença, e alguns impulsos ainda higienistas e/ou ações preventivistas. Em parte, por ter sido sua avaliação efetivada apenas em índices de morbimortalidade ao definir objetivos e estratégias de ação, sem atrelamento às suas determinações e impacto das ações sanitárias.

Ao avaliar a mortalidade infantil, o IBGE relacionou a redução nos seus dados à evolução do número de estabelecimentos de saúde no Brasil – entre os anos de 1980/1992, que passou de 18.489 para 49.232, duplicando principalmente os postos e clínicas de saúde que se estenderam às regiões onde antes eram quase inexistentes, como no interior do Nordeste, embora esse aumento das unidades não representasse percentual significativo da cobertura da área, seguindo aquém das unidades e do número de recursos humanos existentes no Sudeste⁽⁹³⁾.

Avalia-se que as ações preconizadas no PAISC não se diferenciavam das estabelecidas na década anterior por terem a mesma organização com as mesmas ações, constituindo em subprogramas individualizados, que foram integrados num só programa com o apoio da educação em saúde (ES). Essas ações incluíam: aleitamento materno e orientação alimentar ao desmame com apoio ao alojamento conjunto em maternidades, assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRA), imunização, controle das doenças diarreicas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na puericultura^(114,120-121).

Sendo assim, essa verticalidade das ações do MS, destinada aos recém-nascidos e aos menores de cinco anos, permaneceu com foco nos problemas imediatos da área materno-infantil^(103,121). Muda-se o programa e a década, mas não o caráter vertical, a definição por critérios técnicos e o modelo tecnocrata da administração^(115,123).

Na operacionalização dos processos do PAISC⁽¹²³⁾, observa-se que a proposta de mudanças foi implementada com a força de trabalho de atendentes ou auxiliares de serviços diversos, em sua maioria, que operavam ações programáticas sem nenhuma formação profissional ou uso do saber popular para a execução da proposta em saúde. Evidencia-se, assim, o enraizamento da medicina simplificada, refletindo a mudança de discurso e permanência da mesma como prática em saúde.

Esse aspecto organizacional é também reforçado por autores na primeira década do século XXI^(8,15,21,71,124-125), como responsável por gerar dificuldades operacionais e modelo de atenção à saúde que não correspondia ao propósito de melhoria das condições de vida da população⁽¹¹⁵⁾.

Em 1985, no Brasil, o IV Encontro Municipal do Setor Saúde e o III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde em Montes Claros-MG levaram para a discussão alternativas de vivência na organização em atenção básica. Seu produto final foi a “Carta de Montes Claros” pontuando 11 diretrizes de orientação à Política Nacional de Saúde pós-ditadura militar, como compromisso para a transição e consolidação da democracia e modelos de atenção voltados às necessidades ao povo brasileiro⁽¹²⁶⁾.

As diretrizes versavam sobre políticas econômicas e sociais e a saúde como direito de todos e dever do Estado, universalização do acesso às suas ações; reformulação do setor saúde; mudança estrutural do MS com participação de trabalhadores, empregadores, profissionais de saúde, bem como o Executivo e Legislativo atuando na definição, implementação, fiscalização e acompanhamento das políticas, planos e programas⁽¹²⁶⁾.

A Carta de Montes Claros indicava a unificação do Sistema de Saúde e municipalização das ações; política de formação e desenvolvimento de recursos humanos,

ciência e tecnologia; ingresso por concurso ao serviço público de saúde; mudanças na ociosidade dos serviços públicos; ampliação das AISs aos municípios; aumento do percentual destinado à saúde em orçamentos estaduais e municipais; garantia dos recursos aos Estados e Municípios no financiamento do setor saúde; participação popular em todos os canais decisórios das medidas governamentais⁽¹²⁶⁾.

Em março de 1986, na 8ª Conferência Nacional da Saúde realizada após pré-conferências estaduais e municipais de saúde, grande marco histórico que consagrou os princípios preconizados pelo movimento da Reforma Sanitária, essa carta foi incorporada para discussão⁽¹⁰⁹⁾. Participaram do evento mais de 4.000 pessoas tratando do tema saúde em debates, mesas-redondas, trabalhos em grupos e no relatório final, com a presença da maioria das instituições do setor e efetiva representatividade da sociedade civil, grupos profissionais, organizações e partidos políticos⁽¹²⁷⁾

Em novembro de 1986, o Brasil foi signatário da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. A carta de Ottawa tencionou atingir “Saúde para Todos no Ano 2000”, sendo resposta às crescentes expectativas por uma “nova saúde pública”, movimento crescente em várias partes do mundo. Suas discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, e centrou sua perspectiva no conceito de promoção da saúde⁽¹²⁸⁾, conclamado como:

Promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global⁽¹²⁸⁾.

Em Ottawa, as condições e recursos fundamentais como pré-requisitos à saúde eram: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Assim, saúde passa à dimensão de maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, importante dimensão da qualidade de vida. Aliada à promoção da saúde, ela vai além dos seus cuidados, colocando-se nas prioridades de políticos e dirigentes, chamando-lhes às suas responsabilidades políticas e o olhar às consequências de suas decisões no campo da saúde⁽¹²⁸⁾.

Em 1987, a partir dessas discussões, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)⁽¹⁰⁹⁾ surgiu como consolidação das AISs, adotando no Brasil diretrizes de universalização e equidade no acesso aos serviços, integralidade dos cuidados, regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, descentralização das ações de saúde, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e política de recursos humanos.

O SUDS aproximou-se dos princípios delineados no relatório da 8ªCNS da organização dos serviços em saúde. A criação do convênio SUDS citando um modelo assistencial, a fim de aperfeiçoar qualitativamente a estratégia das AISs, possibilitou algumas secretarias estaduais irem além do debate e implementar mudanças concretas não só no âmbito político gerencial, mas efetivá-las na organização de serviços⁽⁹⁶⁾.

Esse modelo assistencial buscava abandonar os programas verticais, horizontalizando-os pela destruição de linhas de mando e pelo fim dos recursos vinculados, mas, com cuidado para que as atividades da oferta organizada da saúde pública não fossem substituídas pelo mero atendimento à demanda espontânea⁽⁹⁶⁾, embora se mantivessem os programas de saúde pública com caráter especial, como o da criança, devido à prioridade atribuída a grupos populacionais ou agravos específicos.

Estudo⁽⁹⁶⁾ resalta como a situação dos programas especiais, na estrutura organizacional do MS, era contraponto ao princípio da integralidade da atenção na Reforma Sanitária, por sua assistência fragmentada por agravo, aparelho ou sintomas, sem uma visão global do organismo humano e muito menos da inserção social do indivíduo ou dos grupos populacionais a que ele pertence. Dessa feita, torna-se necessária uma compatibilização entre o foco dos Programas Especiais e o novo modelo assistencial.

Os autores⁽⁹⁶⁾ abordam o processo de implantação da Reforma Sanitária no Estado (biênio 87-89), e a profícua discussão em torno do que fazer com programas com práticas já cristalizadas nos serviços de saúde na nova concepção da "atenção integral". Em meio ao debate, diferentes posições políticas corroboravam que a existência do sistema de administração conveniado desses programas era claramente antagônica à nova concepção, mas consensualmente reconheceram que ações e locais dos Programas Especiais apresentavam desempenho administrativo, qualidade de assistência prestada, instrumentos de avaliação definidos, recursos alocados, e se atribuíam responsabilidades pertinentes em cada nível institucional, como na vacinação.

As diferentes posições políticas da reforma sanitária brasileira acordaram⁽⁹⁶⁾ que o programa especial da criança seria substituído progressivamente por oferta organizada mantendo na unidade de saúde, relações funcionais e programáticas com a demanda

espontânea, relativamente reduzida. Optou-se por uma mudança gradativa transicional para um sistema horizontal de atenção integral à infância. Isso implicou tanto em reorganização das unidades de saúde quanto a transformação da prática cotidiana dos profissionais em relação aos pacientes como ponto basal para a eficácia e para especificidades das ações necessárias ao controle de determinados agravos. O sistema de saúde foi definido como um modelo híbrido, organizado por faixa etária e sexo (atenção à criança, à mulher, ao idoso, etc.), atendendo à demanda espontânea e à oferta organizada⁽⁹⁶⁾.

A unidade de saúde como planejamento articulou as ações de saúde sobre indivíduos e ambiente, visando ao controle de agravos (Terapia de Reidratação Oral (TRO), Infecção Respiratória Aguda (IRA), imunizações, etc.) e à proteção aos grupos vulneráveis. Isso supôs que o contato das crianças e familiares compreendesse as visitas domiciliares, as relações entre os serviços de saúde e as entidades e equipamentos comunitários (associações de moradores, igrejas, escolas, creches, etc.) deveria valer-se de promoção, proteção e recuperação da saúde, fundamentando-se em normas específicas da oferta organizada⁽⁹⁶⁾.

O quadro de tensão em relação à atenção a criança brasileira no SUDS é apresentado em estudo⁽¹²²⁾ criticando a implantação da reforma sanitária e sua exigência de transformações econômicas, políticas e institucionais no Brasil diferenciadas de outros sistemas de saúde. Para os autores, os critérios de avaliação adotados mantinham um contrassenso e possibilidades de erros por parte dos dirigentes quanto à interpretação dos dados quando tomavam suas decisões baseadas apenas em uma análise das médias dos indicadores epidemiológicos da saúde.

O mesmo estudo⁽¹²²⁾, criticando e reduzindo o SUDS à existência de papéis de elaboração de fluxo e contafluxo de infindáveis documentos de benefícios em longo prazo, concluiu que o mesmo não iria influir para melhorar as condições de saúde da população materno-infantil no Brasil, pois a conjuntura e a crise econômica levaram à ineficiência do sistema de saúde, lentidão da ampliação da rede básica, aumento de desorganização, queda da qualidade da assistência, e a não superação da contradição ou paradoxo básico do setor saúde nos países de estrutura capitalista, a quebra de braço entre as exigências de lucro *versus* as necessidades sociais da população.

Essa avaliação dada ao SUDS⁽¹²²⁾ foi, em parte, um ataque atribuído ao desenrolar do processo da reforma sanitária no contexto das ações desenvolvidas por seus atores sociais classificando-os em três grupos distintos: 1) os compromissados que sugeriam mudanças e sua viabilidade, além de coerência com os propósitos iniciais; 2) os contrários sempre, por se beneficiarem, direta ou indiretamente da desordem e apresentarem entraves sistemáticos; 3)

os sensíveis à questão que deram andamento ao processo, mas tinham atitudes burocráticas e/ou de cumplicidade com medidas protelatórias e interesses, engessando a proposta. Os entraves ao SUDS configuraram-se diante da relação de forças entre os defensores do modelo sanitaria, e os impactos dessas correlações na efetivação da saúde pública.

As tensões trazidas pelo SUDS receberam, em 1988, a discussão e promulgação da Constituição Federal brasileira, a qual retratou, na saúde, o processo desenvolvido ao longo das duas décadas anteriores, criando o SUS e determinando que "A saúde é direito de todos e dever do Estado"(art. 196)⁽⁵⁾.

A Constituição traz para a saúde o acesso universal e igualitário às ações e serviços, regionalização, hierarquização, descentralização em direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade, atenção integral, prioridade para as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Mesmo vivenciando em 1990 um governo neoliberal, o congresso nacional promulgou a Lei nº 8.080 que operacionaliza as disposições constitucionais de cunho ideológico socialista (CF art. 200, inciso III)⁽¹⁰⁹⁾.

O contexto da instituição do SUS inicia o **sexto ciclo da APS no Brasil**⁽¹⁷⁾, quando se estabelece a municipalização da saúde, e as unidades de UBS estaduais passam a ter uma gestão municipal, levando a expansão da saúde pública no SUS. No processo de municipalização da saúde um dos segmentos é a obrigatoriedade de um plano municipal de saúde, constituído de um diagnóstico da situação e um processo de planejamento, com elaboração do plano até a sua implementação e a avaliação de resultados com análise das alternativas de intervenção para avaliar a efetividade enquanto eficiência e eficácia das ações⁽¹²⁹⁾. Embora na década de 1990 ainda houvesse incertezas e dúvidas em relação ao enfoque da avaliação, a mesma foi institucionalizada e legitimada, passando a fazer parte dos segmentos do modelo de atenção⁽⁵⁰⁾.

O desmoronamento da Era de Ouro do bem-estar social e das transformações do mundo pós-guerra em nível mundial⁽¹²⁾ tem como consequência ao sistema de saúde brasileiro uma reinvenção por necessidade de novas lutas e resistências entre as forças antagônicas da base da reforma sanitária, querendo mudanças significativas no contexto da sociedade, mas que, a partir de então, tiveram que vencer batalhas para não protagonizar o seu próprio colapso.

Esse desmoronamento trouxe uma crise para vários sistemas de saúde mundiais, como Inglaterra, Canada, etc., que fizeram a mesma escolha de reinventar-se como o Brasil. Nesse contexto, outras batalhas começaram a ser vencidas em prol da criança. O Encontro Mundial

para a Infância realizado em *New York* em 1990, levou ao desenvolvimento de ações voltadas à saúde materno-infantil em nível local como estratégia fundamental para o combate à morbimortalidade infantil e materna ratificando-se a Declaração Mundial para a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento Infantil⁽¹³⁰⁻¹³¹⁾.

No Brasil, aconteceu uma expressiva transformação no campo jurídico impactando a vida da criança e do adolescente, qual seja: a promulgação da Lei 8.069 de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O direito brasileiro passou a ter novo paradigma em relação à infância e juventude, tendo sido elevados à condição de sujeitos de direitos fundamentais, cidadãos⁽¹³¹⁾ com a "Doutrina de Proteção Integral⁽¹³⁰⁻¹³¹⁾".

O ECA baseou-se em caráter interdisciplinar encarando seu grupo de abrangência com problemas de atitude sociológica, pedagógica, psicológica, psiquiátrica, dentre outros, pressupondo uma atuação assistencial que extrapola o individualismo, com ações emancipatórias para criança, adolescente e sua família, escola e comunidade⁽¹³¹⁾.

Entendendo a criança no contexto familiar e vivendo em comunidade, no seu município, tomou-se como base neste grupo social que deveriam ser reforçados os projetos, programas e iniciativas de proteção a essa população. Assim, dentre as mudanças no processo operativo das políticas de atendimento à criança, a municipalização foi a sua principal alteração, vinculada à ideia da busca de soluções dentro do contexto da comunidade entre pessoas de uma mesma realidade cotidiana⁽¹³¹⁾.

Este foi mais um desafio para o SUS: estabelecer na proposta de organização da municipalização da saúde, novas formas de relação com o Estado e construir modelo de atenção que repensasse a saúde em dimensão mais ampla, em uma perspectiva de atuação inter setorial⁽¹³³⁾. Essa mudança implicava em contemplar na sua avaliação os determinantes de problema de saúde, visando não só reduzir a mortalidade e morbidade, mas alcançar meios para avaliar a obtenção de uma vida saudável, principalmente após a Conferência Internacional da Colômbia, em 1992, que debateu o significado, as estratégias e os compromissos com a promoção da saúde na América Latina, escritos na Carta de Bogotá^(129;133).

Esse repensar da atenção à saúde da criança e do adolescente, no contexto da municipalização, foi abordado em estudo⁽¹³²⁾ da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) (1989-92). Para a autora, o cerne da questão não estava apenas na forma como se elaboram e se implantam programas, mas na concepção que fundamentava o modo como se estabeleceram os processos de trabalho e as relações entre os atores da construção das práticas

de saúde. Havia dois aspectos nos municípios analisados: pressões por extensão de cobertura com reivindicações por consumo de serviços médicos, e mudanças progressivas do perfil epidemiológico, requerendo intervenções do setor saúde.

As diferentes concepções no estado de São Paulo para atender a esses aspectos levaram a alguns municípios a buscar na organização do modelo de atenção das UBS o atendimento do tipo "queixa/procedimento", para uma demanda estimulada ao seu consumo, distorcendo a necessidade de extensão da cobertura dos serviços de saúde⁽¹³²⁾.

Nesse modelo, o entendimento da efetividade das práticas em saúde visava à maior produtividade, à racionalidade fundamentada na ótica do planejamento baseado na relação custo/efetividade e à transformação da rede básica num espaço de triagem dos problemas de saúde, entendendo oferecer melhor qualidade de serviços à população para impactar o perfil epidemiológico do município. No entanto, tais práticas estabeleceram arranjos do mesmo modelo tecnoassistencial centrado no cuidado médico, reproduzindo a visão medicalizante das necessidades de saúde da população.

Nessas UBSs a atenção à saúde da criança e do adolescente concebia os usuários como dependentes das relações com o serviço. As mães se sentiam incapazes de tomar condutas para lidar com os filhos, e informações dadas assumiam sua "ignorância" frente ao saber oficial. A postura do serviço era de ser o único fornecedor de orientações e tratamentos adequados⁽¹³²⁾. Evidenciou-se um processo de desautorização ao instinto materno ou ao saber popular, contrapondo-se ao cientificismo.

No entanto, na análise dos problemas/necessidades de saúde⁽¹³²⁾, observou-se a constituição de estratégias de intervenção que não se reduziam ao modelo de atendimento "queixa/procedimento" nas unidades de saúde, mas as preocupações mantinham-se na garantia mínima das condições que permitem à criança, além de sobreviver, atingir crescimento pôndero-estatural e desenvolvimento satisfatório, com padronização básica do serviço, graças ao avanço no conhecimento desses processos da criança e do adolescente e o reconhecimento do papel que o meio ambiente e as relações sociais têm sobre o desenvolvimento. Mesmo assim, as ações continuaram a ser reduzidas à concepção medicalizante, transformando em "doença" manifestação diferente do esperado pela norma estabelecida.

Esse olhar⁽¹³²⁾ foi extensivo também em administrações progressistas que fortaleceram a gestão municipal da saúde em São Paulo com experiências bem-sucedidas, a partir de propostas revolucionárias para um impacto efetivo na melhoria das condições de saúde da população. Contudo, a saúde ainda era vista como uma atividade meio para que a criança obtivesse a higidez necessária para o bom aprendizado⁽¹³²⁾.

Experiências com conteúdo progressistas, reformistas, e outros, em torno de modelos e estratégias em cuidados primários ocorreram em várias partes do país. Citam-se os sistemas locais de saúde, as cidades saudáveis, e a defesa da vida, entre tantas outras, que se apresentaram como alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde, reelaboração do pensar, do saber e das práticas tradicionais, apoiando-se em doutrinas da saúde coletiva, no corpo programático de entidades ou ainda, em linhas reformistas do pensamento clínico^(17,114,132).

Essas experiências contaram com o envolvimento de atores sociais da reforma sanitária. Propostas de integração academia-serviço, em parte, ocorreram em municípios em processo político local contra-hegemônico, por articulação partidária da democracia popular⁽⁷⁵⁾. As experiências políticas foram importantes e algumas delas continuam até hoje com o mesmo modelo. Em geral, esses espaços denotaram desenvolvimento científico e tecnológico, mas não uma política nacional⁽¹⁷⁾.

Algumas experiências exitosas ocorreram a partir do programa dos agentes comunitários de saúde (PACS), que foi instituído no Ceará em 1987. Historicamente, o PACS constituiu-se como atenção primária seletiva, incompatível aos princípios do SUS. Sua operacionalização gerou demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade⁽¹¹²⁾. Mas sua repercussão política com resultados positivos fez com que o MS lançasse o PACS no Brasil em 1991.

Percebendo isso, o município cearense de Quixadá agregou aos agentes comunitários de saúde (ACS), médicos e enfermeiros generalistas em trabalho de equipe com populações adscritas territorialmente e organizadas por famílias. A experiência e o impacto do modelo na mortalidade infantil serviram de base para que o MS lançasse o Programa Saúde da Família (PSF)^(17,19,21,68), visando esse tipo de organização como modelo de atenção no ano de 1994⁽¹⁷⁾. Esse modelo de atenção respaldava os acordos do governo brasileiro realizado no mesmo ano em fóruns internacionais.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo, em 1994, estabeleceu como objetivos a promoção da saúde e a sobrevivência infantil, propondo a redução das causas preveníveis de morbimortalidade e ações voltadas à nutrição materna e ao incentivo ao aleitamento materno. Na Reunião de Cúpula das Américas, 1994, em Miami, Flórida - USA, ficaram determinados, como objetivo aos países, a superação da pobreza e da discriminação, e o acesso equitativo aos serviços básicos de saúde, priorizando o grupo materno-infantil⁽¹³⁴⁻¹³⁵⁾.

O PSF foi designado como prioridade nacional e política oficial no SUS, trazendo a base da organização dos serviços de saúde dos países que já tinham tal programa, a exemplo de Cuba, Canadá e Inglaterra. O contrassenso do governo da continuidade da política neoliberal e a nova batalha da correlação de forças do movimento da reforma sanitária originaram os alicerces para a atuação na atenção básica no Brasil^(15,136).

A implantação do PSF significou o **sétimo ciclo da APS**, chamado de **o ciclo da atenção básica brasileira**. E com ele, agregava-se a dimensão quantitativa da expansão da ABS, uma dimensão qualitativa⁽¹⁷⁾, adotando-o como estratégia de organização do SUS. O Brasil propunha superar uma APS seletiva ou com mero nível de cuidados primários, como a medicina familiar⁽¹⁷⁾.

O PSF priorizaria as especificidades⁽¹⁷⁾ de um modelo de atenção à saúde da família, atuando sobre determinantes sociais da saúde em distintos níveis de atenção por meio de ações integradas, contínuas e intersetoriais de promoção e prevenção da saúde, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Tem-se base populacional a territorialização de espaços de atuação da APS em prol de impactos na situação de saúde da comunidade, articulando-se em função de mecanismos de cooperação.

O PSF desenvolveu-se com equipe multiprofissional básica de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, e depois equipes estendidas incluindo odontólogos, técnicos em saúde bucal, e outros dependendo das singularidades locais. Salienta-se que o ACS foi incorporado à equipe como diferencial às possibilidades de vínculo no território⁽¹⁷⁾. Essa organização da equipe buscou transformar as práticas em saúde e o processo de trabalho para a consolidação do SUS^(17,137-138). Daí a construção como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 1996, a avaliação feita por órgãos internacionais em relação às ações específicas voltadas à atenção à saúde da criança e às ações em favor do seu desenvolvimento integral não mostrava resultados favoráveis⁽¹⁴¹⁾. Corroborando essa avaliação em relação ao PAISC, estudo em Pernambuco⁽¹⁴²⁾ explicitou que o programa não conseguiu atingir grau de implantação, cobertura e qualidade da atenção adequada na grande maioria dos municípios avaliados, mesmo após quase 10 anos de funcionamento do programa.

Em 1997, durante a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jacarta, Indonésia, ao serem reexaminados os determinantes da saúde da criança, e diante de resultados, como visto no Brasil em relação à atenção à saúde, foram escolhidas novas estratégias para a promoção da saúde no século XXI, apresentadas na Declaração de Jacarta^(128-129,133).

Diante dessa avaliação, uma estratégia de ação foi tomada oficialmente pelo MS no mesmo ano. Trata-se da adoção da Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), para a saúde da criança com idade entre 0 a 05 anos, tomada por necessidade de atividades amplas e integradas para fortalecer a atenção infantil na ESF, com a capacitação de formadores e profissionais da saúde para sua efetivação^(132,143).

A AIDPI, idealizada originalmente pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), objetivou reduzir as taxas de mortalidade infantil e colaborar com o desempenho dos profissionais da equipe mínima da ESF, o médico e o enfermeiro, em relação às especificidades da criança, enfocando principalmente a prevenção de doenças, e a promoção da saúde voltada a desenvolver a relação de vínculo entre profissional e família.

A implantação da AIDPI no Brasil iniciou-se em 1997, de forma gradativa no NE e Norte do país, e depois com a adesão dos outros Estados brasileiros. Em 2002, o MS afirma que todos os Estados da Federação brasileira contavam com, pelo menos, a formação de facilitadores da AIDPI, como multiplicadores capacitados, e boa parte dos Estados efetivaram a estratégia em unidades de saúde com o modelo de atenção da ESF⁽¹⁴³⁾, portanto, essa efetivação da AIDPI não foi hegemônica no país como um todo e, posteriormente, não manteve sua execução até os dias atuais. Nos locais que foi implementada, a estratégia sofreu adaptação epidemiológica à realidade das regiões e normas nacionais a partir das condutas preconizadas, englobando atividades à promoção, prevenção e tratamento dos problemas prevalentes das crianças, desde o aleitamento materno até as doenças prevalentes⁽¹⁴³⁾.

Estudo sobre o grau de implementação da atenção à saúde da criança menor de cinco anos de vida e o treinamento para a AIDPI⁽¹³²⁾, na região NE, mostra que ao avaliar a atenção à saúde da criança na APS em PSF com AIDPI e unidades tradicionais sem AIDPI em municípios, quando à implementação, adequação aos atributos essenciais da APS e manejo de casos, verificaram-se nos três níveis, melhor desempenho nas áreas do PSF, maior aderência e satisfação da comunidade, menor ocorrência de hospitalizações e maior integralidade de ações, porém uma maior coerência entre o grau de implementação das ações de saúde da criança e os efeitos avaliados nas unidades tradicionais.

A avaliação em saúde e a sua repercussão na ABS passaram a ser fortalecidas, pois o desenho e o conteúdo do SUS foram sendo construídos, por práticas atreladas à prática teórica (construção do saber), à prática ideológica (transformação da consciência) e à prática política (transformação das relações sociais)^(77,144).

Essas mudanças foram importantes para conceber sistema de saúde como...

[...]formado pelos componentes e funções principais: infraestrutura, organização, gestão, financiamento e prestação de atenção. Esse último envolve as noções de modelo de atenção ou modelo assistencial, o qual se refere ao cuidado, assistência, intervenção, ações ou práticas de saúde⁽¹⁴⁵⁾.

No entanto, o modelo assistencial veio como “espécie de esquema sempre parcial e mais ou menos convencional, posto que se ignore a maior parte das variações individuais⁽¹⁴⁵⁾”, devendo-se identificá-las nos traços de fundamentos, lógica, razão de ser ou racionalidades. Logo, os modelos podem moldar-se à lógica da demanda ou das necessidades. No Brasil, convivem diferentes modelos, por vezes, contraditórios ou complementares, com ou sem a incorporação do modelo oficial da ESF.

Esses diferentes modelos de atenção levaram a ESF a ser um dos frequentes focos de estudos de avaliação da efetividade, principalmente comparando-a aos modelos tradicionais existentes. Essa comparação é estudada⁽¹⁷⁾, por constituir-se em distintas opções de políticas de cuidados primários. Trabalhos⁽³⁴⁻³⁹⁾ revisados neste estudo demonstram superioridade da ESF em relação aos demais modelos, quanto ao cumprimento da orientação aos atributos da APS.

Apesar de ter sido apontada superioridade da ESF quanto à orientação à APS, ao avaliar a prática em saúde da ESF, por profissionais de saúde, gestores e usuários⁽¹⁴⁰⁾, pesquisadores concluíram que os envolvidos na proposta da ESF têm diferentes expectativas acerca do seu uso como estratégia, o que poderá afetar a efetividade do serviço e fragilizar esse modelo de atenção básica em saúde.

Estudos^(17,25) com esse foco na ESF, apresentam essas fragilidades atribuídas aos sistemas de atenção à saúde contemporânea, utilizando a estratégia na expectativa de estrutura focada no modelo tradicional de APS. Assim, a estratégia é reduzida a ser exclusivamente porta de entrada do SUS, por vezes, voltado para a atenção às condições e aos eventos agudos operando na sua organização estrutural de forma episódica e descontinuada; ancorada na consulta médica e orientada à cura de doenças prevalentes acopladas às ações hospitalares.

O foco dessa fragilidade de convivência com modelos de atenção em diferentes expectativas da estratégia gera dualidades que são potencializadas quando diferentes modelos se articulam e apresentam pontos característicos da ESF, mas com conotações políticas diferenciadas, tais como: a territorialização, população adscrita, a presença do ACS, com foco seletivo e a organização estrutural dos modelos tradicionais de atuação⁽¹⁷⁾. No Brasil, em 2012, estimou-se entre 20% a 40% de unidades tradicionais existentes, incorporando seus arranjos organizacionais⁽¹⁷⁾ e adequando programas oficiais de forma fragmentada.

Portanto, o modelo dual de APS no SUS tem se construído com a hegemonia de modelos em diferentes expectativas da ESF ⁽¹⁷⁾ Em busca de entender esses arranjos, documento⁽¹⁴⁵⁾ aponta a existência de vários modelos, mesmo com o nome genérico de ESF: *modelo tradicional*, com médicos e enfermeiros generalistas, sem especialização em saúde da família, enfatizando as consultas médicas e de enfermagem; *modelo Semachko* de organização russa mantendo a tríade de especialistas médicos: clínico, gineco-obstetra e pediatra; *modelos de medicina de família e comunidade* estrito senso (europeu e canadense), com cuidado por meio de consultas médicas por especialistas em medicina da família e comunidade; *Modelo de estratégia da saúde da família*, do discurso oficial, com cuidado centrado em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar e conjunto ampliado de encontros com consultas individuais e atividades em grupo; e *os modelos mistos*, articulando alguns desses diferentes modelos em uma única equipe de saúde da família.

O modelo da ESF veio⁽¹⁴⁷⁾ impactar a crise estrutural do setor público, a fragilidade na eficiência e eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas, ao mesmo tempo em que gerou um hiato entre direitos sociais garantidos e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos. Entretanto, o ponto central da ESF é o estabelecimento de vínculos, laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população adscrita.

O modelo assistencial com a ESF reverte em mudança no objeto de atenção, atuação, organização geral dos serviços e reorganização da prática em saúde com bases e critérios diferenciados. Portanto, não se trata de um sistema de saúde pobre (baixa tecnologia) para pobres. Diferencia-se do modelo de atenção básico tradicional, por garantir cobertura universal, equidade social e prática com tecnologias no campo do conhecimento, das habilidades e mudanças de atitudes por valores, prioridades nacionais, corresponsabilidade entre a população, setor público e a solidariedade, cogitando um conceito amplo de saúde^(23,147).

Essas características de modelo de atenção da ESF foram construídas no SUS a fim de buscar afinar-se com a APS em meio a avanços e conquistas. Apontado como base estrutural e funcional do sistema de saúde, ou seja, estratégia de organização do sistema, a ESF incorpora da APS os seus atributos essenciais, primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação⁽²³⁾ e os derivados, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Como atua em rede de atenção, inclui as funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização⁽¹⁷⁾.

Em nível mundial, a APS, desde a sua definição em Alma-Ata⁽¹³⁾, foi revisitada para ser mais funcional com melhor caracterização dos seus serviços^(3,148). Assim, leva a cabo

investigações com o objetivo de medir a efetividade dos atributos da APS sobre a situação de saúde da população⁽²⁸⁾, enquanto serviços orientados aos seus atributos.

O modelo brasileiro oficial de saúde da família operacionaliza políticas, programas e serviços com abordagem na pessoa, família e valorização cultural, além do registro adequado, continuidade de pessoal, comunicação, qualidade clínica, defesa da clientela⁽²³⁾. Afora ser autóctone, por ter recebido influências externas, mas diferiu delas por não instituir-se por influência da medicina familiar e, sim, como política pública centrada na saúde da família, enquanto sujeito da atenção^(17,146). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criado desde 1982 e participante direto de todos os momentos do SUS viu na ESF um modelo adequado a ofertar qualidade aos serviços com grau significativo de atributos da APS, revelando possibilidades de medir a efetividade de suas ações em saúde.

A gama de processos envolvidos nos diferentes modelos de atenção e as distintas políticas de cuidados primários envolvidas nas suas entrelinhas revelaram a avaliação como um método de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser estudada⁽⁷⁾. Em 2005, o MS institucionaliza a política de avaliação de serviços por meio do documento “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”, tendo bases conceituais e estratégias orientadoras⁽²⁷⁾. Portanto, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que não esteja comprometida com o processo decisório e o compromisso da mudança na direção de maior equidade e efetividade dos serviços de saúde.

Nesse documento da política de avaliação, foram apresentados os seguintes pressupostos⁽²⁷⁾: ser um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde; ser contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece; ser processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades; ser mediado por relações de poder; ser função importante da gestão; e ser um objeto em movimento; com caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático.

No entanto, alguns autores^(6,50) discutem essa institucionalização como paradoxal, pois defendem existir diferentes posições sem um consenso quanto à produção dos resultados da avaliação capaz de ser traduzida em ação. Esses autores buscam um julgamento avaliativo crítico no sentido de mudança social e entendem que para que a avaliação em saúde esteja no cerne das estratégias de transformação do sistema de saúde é necessário criar condições estratégicas significativas frente às novas formas de intervenção.

Diante disso, os autores^(6,50) afirmam que o processo de institucionalização implicaria questionamentos da capacidade da avaliação de vir a produzir informações e julgamentos

como instrumento prospectivo para as instâncias decisórias melhorar o desempenho do SUS. Além do mais, uma política de avaliação institucionalizada poderia cristalizar-se quanto à perspectiva normativa de suas concepções e deixar de reconhecer o caráter político e de atribuições de valores da avaliação em saúde⁽⁵⁰⁾.

Esse receio manifestado remete à percepção de que ainda é hegemônico o uso do referencial normativo de Donabedian⁽⁴³⁾ em forma de “caixa preta” para a avaliação da qualidade em saúde. Esse referencial normativo centrado nos componentes de estrutura, processo e resultado para a observância dos pilares da qualidade (eficácia, efetividade, equidade, acessibilidade, otimização, legitimidade), encontra contrapontos em busca de romper a forma de avaliação dos resultados, apontando para a necessidade de obter uma reflexão aprofundada sobre os diferentes atributos da APS e da explicação dos problemas de qualidade relacionados à consolidação do processo avaliativo⁽⁵⁰⁾.

Ao mesmo tempo, o estágio avaliativo na década de 2000 foi reforçado por ferramentas de mensuração dos modelos de atenção do SUS. Fato que aconteceu institucionalmente pelo MS e em trabalhos, estudos e pesquisas, mormente, no campo acadêmico. O instrumento de medição proposto por Starfield, em 1992, tinha como arcabouço teórico os três elementos da teoria de Donabedian sendo aceito e divulgado pelo MS, em 2002, com a publicação de uma edição brasileira para fundamentar a APS e avaliá-la através do instrumento PCATool⁽³⁾. Esse instrumento de avaliação da efetividade dos atributos da APS de Starfield foi também validado por pesquisa brasileira e adotado pelo MS, em 2010, como o PCATool Brasil⁽⁴⁾.

O contexto dessa seara na década de 2000, tanto no movimento de institucionalização do monitoramento e avaliação quanto à consolidação do SUS, envolve atores e conjunturas locais diversas, relações de poder, reorganização de serviços, realocação do processo decisório, no qual se define^(6,50) que os princípios e valores que inspiram e orientam a reforma sanitária no Brasil é que imprimem um olhar diferenciado e justificam a existência de análises ou avaliações das políticas de saúde como processo avaliativo que requer aproximação e debruçar-se sobre questões que respondam ao *o que, por que, para que, para quem, e o como*, potencializando a avaliação como um recurso cotidiano das práticas em saúde e não apenas objeto de legitimação do feito.

Esses diferentes olhares dessa década sobre o método avaliativo levaram a formas de escolha de análises dos resultados da pesquisa, enquanto caráter político e de atribuição de valores.

Ao propor, entre 2004 e 2005, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽¹⁴⁹⁾, considerando a estrutura e os processos para a organização da atenção infantil em rede integrada, o MS avaliou os avanços alcançados na saúde da criança e a redução da mortalidade infantil para a tomada de decisões em relação à política de saúde da criança no Brasil.

Os resultados dos índices de mortalidade infantil avaliados nessa agenda⁽¹⁴⁹⁾, ainda altos e evitáveis, referiam-se como causas a falta de organização de uma acessibilidade das crianças a um serviço de saúde qualificado, com atendimento eficiente e agilizado por uma equipe profissional preparada. Embora a MI tenha sido reduzida em comparação aos quadros de saúde de décadas anteriores, o resultado apresentado no processo avaliativo em relação aos avanços alcançados bem como as mudanças nos indicadores de saúde ainda refletiam a falta de ações para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, assumido em leis.

Essa organização da atenção infantil em rede integrada da agenda delimitou a importância da atenção básica na saúde da criança ao contemplar o primeiro atendimento, e estruturá-la como rede até a atenção especializada dos casos mais graves, com internação em unidades de média e alta complexidade. Assumiu, assim, o desafio do entendimento da ABS como concepção de sistema de saúde e coordenadora da sua linha de cuidado integral, idealizando estratégias de ações prioritárias para efetivar processos impactantes na saúde da criança⁽¹⁴⁹⁾.

Para isso, foram listadas estratégias prioritárias para o cuidado materno-infantil com foco no contexto da família: 1) o nascimento saudável com a atenção materno-infantil: a) atenção à mulher que deseja engravidar; b) cuidado pré-natal; c) cuidado ao nascimento; d) cuidado após o parto; e) cuidado do RN na unidade de saúde; f) cuidado com a criança; g) cuidado com a mãe e recém-nascido na unidade de saúde; 2) crescimento e desenvolvimento; 3) distúrbios nutricionais; 4) doenças prevalentes na infância; 5) e, uma abordagem de risco da criança.

As diretrizes da agenda para o funcionamento dos serviços de saúde em nível local levariam a resultados satisfatórios em processos de avaliação em saúde⁽¹⁴⁹⁻¹⁵⁰⁾, como ferramenta de trabalho. A agenda orientou atitudes dos profissionais e o planejamento dos gestores estaduais e municipais na reorganização dos serviços em rede de níveis de atenção à infância⁽¹⁴⁹⁾, necessitando ser pactuado o cumprimento de alcance de resultados, com critérios e indicadores definidos entre as unidades de saúde e os gestores municipais, e avaliado periodicamente o desempenho quanto ao planejamento, elaboração de metas e avaliações da efetividade de suas propostas.

Após 10 anos de sua publicação, poucos estudos avaliativos de repercussão dessa agenda de compromisso abordam como os serviços incorporaram suas diretrizes e a organização dos serviços para a atenção à saúde da criança na atenção básica, como concepção de sistema de saúde em rede de atenção e coordenadora de sua linha de cuidado integral. Os estudos encontrados, em sua maioria, são focais a uma das ações prioritárias da agenda e, predominantemente, na prática de saúde da enfermagem.

Estudo realizado em Florianópolis⁽¹⁵¹⁾ abordou as experiências de profissionais da enfermagem em uma unidade básica local de saúde focando a formação de grupos de mães e/ou familiares e seus lactentes, como estratégia de interação entre a família e o serviço na atenção integral à saúde da criança. Essa atividade seguia um fluxo organizacional: recepção e avaliação individual das crianças, e passando ao grupo de mães e/ou familiares seu cotidiano no cuidado à criança. Tal atividade teve o intuito de engajar profissionais da enfermagem e família em atividades ativas propostas pela Agenda de Compromissos para obter bom êxito.

Estudo avaliou no estado de Alagoas⁽¹⁵²⁾ as ações prioritárias da atenção básica baseadas nas linhas de cuidado da agenda voltadas à qualidade do pré-natal desenvolvida por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. As ações, tanto no âmbito assistencial como no âmbito educativo para a promoção da saúde ao binômio mãe-filho, ocorriam satisfatoriamente. No entanto, em relação à Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a maioria dos profissionais participantes do estudo revelou desconhecer-la, bem como suas diretrizes para as ações voltadas ao pré-natal.

Outro estudo⁽¹⁵³⁾ também na Região Nordeste, e ainda sobre as práticas da equipe de enfermagem da ESF em atenção à saúde da criança no município de Cariré no Ceará, mostra tanto o cuidado individual como o coletivo voltados às crianças e o foco em ações de impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade infantil. Os profissionais seguem um protocolo municipal, baseado nas diretrizes da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Como resultado, essa organização da atenção nos serviços obtém impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade infantil que influenciam diretamente a qualidade de vida das crianças e nos acordos do município, em nível federal, com os Pactos pela Saúde, Pacto da Atenção Básica, e, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, que avaliam as metas de melhoria dos indicadores de desenvolvimento relacionados à população infantil.

A avaliação em diferentes aspectos que norteou esses estudos é um dos campos que vêm se afirmando ao longo do século XXI, como importante forma para a tomada de decisões na área da saúde. Suas principais áreas de pesquisa atualmente incluem o impacto das

reformas de saúde, as mudanças de políticas para o desempenho do sistema de saúde, a exploração do papel das políticas e serviços de saúde na produção do cuidado e no potencial de redução das desigualdades em saúde.

A avaliação da efetividade dos serviços de saúde na APS direcionados à criança expressa pela presença dos seus atributos é um campo de desafios e indagações constantes, seja pela política nacional em relação a esse grupo populacional, seja pelo contexto de variados modelos da atenção à saúde que foram adotados pelos municípios brasileiros que trazem no seu arcabouço realidades históricas, culturais, políticas, econômicas e demográficas diferenciadas em realidades distintas dentro de um país de dimensões continentais. Este é o foco que traremos neste estudo.

3.1.5. *Componentes Estruturais e Processuais na Avaliação dos Atributos da APS em Serviços de Saúde.*

Desde 1978 com a publicação da política de recursos humanos para os cuidados primários de saúde do IOM, em Washington⁽¹⁴⁸⁾, estudos começaram a ser publicados abordando sua mensuração⁽¹⁵⁴⁾. Entendia-se que a prestação desses cuidados incorporava um conjunto de atributos e características. Contudo, até 1990 a maioria das definições de atenção primária não se oferecia a medição do grau de cumprimento dos componentes relacionados à atenção primária, dificultando a expansão de pesquisas nessa área⁽¹⁵⁵⁻¹⁵⁶⁾.

A partir da década de 1990, vários estudos⁽¹⁵⁷⁻¹⁶⁷⁾ passam a evidenciar o impacto positivo do sistema de saúde orientado pela APS. Dentre eles, aqueles com foco na avaliação do desempenho da atenção à saúde da criança⁽¹⁶⁸⁻¹⁷⁴⁾. Logo foram desenvolvidos estudos que apresentam diferentes modelos conceituais para avaliar a qualidade da atenção à saúde; alguns incluindo os atributos da APS^(170,175-178) e discutindo quais ferramentas representariam o melhor método de avaliação da qualidade em saúde^(174,179).

Nessa década, em 1992, a obra “*Primary Care: concept, evaluation, and policy*”⁽¹⁸⁰⁾ propôs mensurar os componentes relacionados à atenção primária, voltados aos sistemas e profissionais de saúde. Após aprofundamentos de estudos desse tema, a proposta de medição dos componentes da APS veio congregada em outra versão: “*Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*”⁽¹⁵⁵⁾ publicada em Nova York em 1998. Embora a última obra seja mais conhecida, ambas são consideradas como marco teórico por apresentar evidências positivas da APS em vários países, e haver, a partir da primeira obra, uma releitura

da definição da APS da declaração de Alma-Ata⁽⁷⁵⁾. Essa nova definição levou a investigações da APS mais precisas com o objetivo de medir sua efetividade sobre a situação de saúde da população^(28,75,156).

A primeira obra definiu a APS⁽¹⁸⁰⁾ como o primeiro nível da atenção em um sistema de saúde, e o caracterizou pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação no sistema, da atenção centrada na família, na orientação comunitária das ações e a competência cultural. Com essa definição, há a identificação dos atributos essenciais e derivados os quais caracterizam um serviço, sendo, posteriormente, sistematizados num instrumento medindo o grau quanto à orientação para APS, uma ferramenta para avaliá-la^(28,75,156).

Essa proposta de avaliação dos atributos foi divulgada mundialmente e uma versão do PCATool veio para o Brasil em 2002⁽³⁾, sendo distribuída pelo MS aos municípios, estados e profissionais de saúde atuantes na ABS.

Um grupo de pesquisadores da Universidade de Johns Hopkins, tendo na liderança a médica pediátrica Bárbara Starfield, aprofundou os atributos e ferramentas da atenção primária em saúde os quais foram baseados no conteúdo do Relatório Millis do OIM de 1978^(75,156,181), a partir de sua definição de APS. Os pesquisadores tinham como objetivo avaliar aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, elaborando e validando ferramentas metodológicas, incluindo a Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica, o PCATool⁽¹⁸²⁻¹⁸³⁾, bem como pretendiam tornar a compreensão da APS como base aos sistemas de saúde racionais⁽¹⁸²⁾.

A orientação para a APS, definida por Starfield e pesquisadores através de atributos clássicos^(146,184), fundamentou-se na avaliação que as várias estratégias da atenção primária adotadas nos diversos países tinham base racional para um sistema normativo de medição das funções do sistema de saúde. O PCATool foi criado como metodologia e validado para mensurar os atributos ligados a esses componentes dos serviços de saúde, como instrumento de avaliação do grau de orientação à APS de cada serviço de saúde^(162,185).

Os atributos que definiam a APS foram classificados em *atributos essenciais*: a noção de primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade (continuidade), integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde. Os atributos contavam, ainda, com características afirmadas como complementares ou *atributos derivados*: a orientação familiar e comunitária e, a competência cultural^(3,75,156).

A identificação dos atributos é importante para se definir se um serviço é embasado

em APS⁽¹⁸³⁾. Além disso, permite verificar a associação entre esses atributos e os resultados - a efetividade - da atenção sobre a saúde da população. Esse posicionamento foi demonstrado internacionalmente, ou seja, havia uma crescente *associação* entre melhores resultados de saúde e a presença dos atributos^(28,41-185). O grau de realização ou orientação à APS pode ser avaliado através da análise estrutural (capacidade) e processual (ações ou comportamento), que são componentes de um sistema de serviços de saúde.

Componentes estruturais incluem **acessibilidade, variedade de serviços, definição de uma população, e continuidade dos cuidados**. Componentes do processo incluem **a utilização de serviços de saúde e reconhecimento do problema de saúde**. Na abordagem para medição com base em estrutura e processo dos quatro domínios fundamentais da atenção primária, os atributos essenciais podem ser avaliados através de dois subdomínios sendo: uma característica comportamental e outra estrutural, da qual ela depende^(3,156,182). Presume-se que os componentes estruturais estejam em seu devido lugar para que importantes atividades de desempenho possam ser realizadas e avaliadas na medição do potencial e do alcance de cada um dos atributos⁽³⁾.

Levou-se em conta no instrumento que na APS, os componentes *da estrutura* de sistemas de saúde e *do comportamento (processo)* refletem a função da população ou do indivíduo⁽³⁾. Considera-se que esses componentes são diferentes ao longo do tempo e do espaço, interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde exista⁽³⁾.

A partir dessa fase de fundamentos teóricos da avaliação dos atributos para qualificar as ações da APS e sua associação com a efetividade dos serviços, crescente enfoque na avaliação da qualidade na atenção à saúde ocorreu, levando a uma significativa validação de instrumentos para avaliação dos serviços de saúde na perspectiva de seus atores sociais, usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde⁽¹⁸⁶⁻¹⁸⁷⁾. Os estudos voltados para desenvolver e validar as ferramentas de avaliação da atenção básica da criança e versões adolescentes com inquéritos aos consumidores-cliente e o serviço, foram aplicados nos USA entre os anos de 1995 e 1996⁽¹⁸⁸⁻¹⁸⁹⁾. A validação de adaptações da ferramenta para uma versão à população adulta foi testada em 1999⁽¹⁹⁰⁾.

Após essas validações e por se constituir em instrumento de medição do grau de orientação à APS, considerando os seus atributos essenciais, várias adaptações ou adequações para a avaliação da qualidade em saúde com a ferramenta PCATool ocorreram em países como Canadá (Quebec)⁽¹⁹¹⁻¹⁹²⁾, Espanha⁽¹⁹³⁾, Brasil^(185,194), Coreia do sul⁽¹⁹⁵⁾, China⁽¹⁹⁶⁾, Argentina⁽¹⁹⁷⁾ e outros. O PCATool foi traduzido e adaptado a diferentes sistemas de saúde, sofrendo algumas

variações metodológicas, respeitando a estrutura multidimensional e unidimensional para uma redução do instrumento com revalidação em cada estudo^(41,187).

No Brasil, o instrumento PCATool teve duas adaptações visualizando a amplitude da APS, ambas distintas e com diferentes processos de avaliação da validade e fidedignidade. A adaptação realizada por Harzheim e outros pesquisadores^(4,185) manteve a estruturação e metodologia do instrumento original, avaliou a validade e a fidedignidade das versões para crianças⁽¹⁸⁶⁾ e adultos⁽⁴⁾, com adaptações à realidade brasileira, ao ser aplicado na cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. A adaptação obtida por Almeida e Macinko⁽¹⁹⁴⁾ resultou na validação das versões crianças, adultos e profissionais de saúde, dentro da amplitude da APS e da avaliação de um sistema de saúde orientado à APS como um todo. Este foi utilizado em Petrópolis, Rio de Janeiro, e apresentou variações metodológicas do instrumento original.

As duas adaptações brasileiras foram avaliadas em modelos de atenção em saúde também distintos entre si e diferentes de outras regiões do país. Os processos metodológicos das duas adaptações brasileiras, ao serem distintos no seu contexto, apresentam diferentes olhares de análise das situações avaliadas.

Concomitante a esse movimento para avaliação da APS, a OPAS/OMS decidiram reavaliar os valores, princípios da APS buscando as experiências em países desenvolvidos e em desenvolvimento em relação às suas práticas, entendendo que, por sua amplitude, ela pode ser interpretada e adaptada para se ajustar às variedades dos contextos políticos, sociais, culturais e econômicos. Logo, os Estados Membros que compõem a OPAS/OMS realizaram uma revisão do tema para fortalecer uma renovação conceitual e processual, afirmando refletir necessidades de saúde e o desenvolvimento mundial da população.

O resultado dessa revisão da APS⁽¹⁹⁾ teve como intenção ampliar e aprofundar o seu fortalecimento da APS, abordando uma sistematização com espectro de *valores, princípios e elementos centrais* para a transformação de Sistemas de Saúde que adotam a APS como seu fundamento.

Mesmo com a pretensão de expansão de uma renovação da APS, a OPAS/OMS direcionaram que cada país encontrasse a própria forma de construir estratégia sustentável para fundamentar seu sistema de saúde, não descrevendo um molde rígido sugestivo aos países, porém reforçando e adotando com firmeza seguir os fundamentos dos atributos da APS^(19,73). O argumento utilizado para essa diretriz foi a evidência de que uma forte orientação à APS é uma das formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde e, na avaliação, buscam-se as inovações, disseminam-se as melhores práticas e se aprende a maximizar e sustentar o seu impacto.

A OPAS e a OMS, desde a Declaração da Alma-Ata de 1978, defendem a bandeira da APS como potencial estratégico para alcançar um nível aceitável de saúde da população com ganhos no desenvolvimento social e espírito de equidade⁽⁷³⁾. A proposta de renovação da APS fundamenta-se na transformação da base dos sistemas de saúde, apresentados como...

..... composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantam a cobertura universal, o acesso a serviços aceitáveis à população e que ampliem a equidade, além de oferecer cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao longo do tempo, enfatizando a prevenção e a promoção e assegurando a atenção no primeiro contato. As famílias e as comunidades são suas bases de planejamento e ação. [...] Requer uma estratégia abrangente para a organização e operacionalização dos sistemas de saúde, que considere o direito ao maior nível possível de saúde sua principal meta, maximizando a equidade e a solidariedade⁽¹⁹⁾.

Leva-se em consideração a ratificação pela OPAS/OMS⁽¹⁹⁾ dos componentes estruturais e processuais do sistema de saúde apontados em favor de uma abordagem racional e baseada em evidências, quanto a ser melhor para produzir avanços sustentáveis e equitativos na saúde das populações e uma atenção universal, integrada e abrangente. Esses componentes foram abordados como compostos interconectados em todos os níveis que podem ser medidos e avaliados formando uma abordagem lógica e coesa para estabelecer firmemente a construção de sistemas de saúde com base na atenção primária.

Tanto a OPAS⁽¹⁹⁾ como Starfield⁽³⁾, ao abordarem os componentes do sistema de saúde, deram seguimento ao quadro conceitual dos fundamentos desenvolvidos para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos do referencial de Donabedian⁽⁴¹⁾ de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, correspondendo às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output de Fredmund Malik⁽¹⁵⁰⁾, Starfield^(3,180) definiu que os componentes da tríade da avaliação da qualidade em saúde de Donabedian seriam a base do seu sistema normativo de medição dos atributos quanto ao grau de orientação à APS, o que foi referenciado pela OPAS⁽¹⁹⁾.

Entendendo que os elementos da tríade⁽³⁾ são a estrutura, processo e resultados, ao analisar estes elementos no contexto da avaliação da qualidade em saúde, observa-se que os dois primeiros elementos foram amplamente usados na base sobre a qual formularam-se os atributos da medição do grau e extensão de orientação à APS^(3,28,41, 155,180,185,187). Quanto ao elemento resultado foi necessário fazer uma releitura dos autores que fundamentam essa tríade, para embasar o seu papel na avaliação da qualidade em saúde devido a um entendimento pouco claro na sua abordagem. Tomando-se como marco teórico Donabedian^(41,175) e Starfield^(3,155,180), o mesmo é abordado como sendo a efetividade, e é refletido em vários aspectos do estado de saúde da população. Em sendo assim, entende-se

que o estado de saúde da população não é inter-relacionado aos atributos da APS.

Buscou-se a discussão na fundamentação de Harzheim^(28,41,185), principalmente quando ele discorre sobre a avaliação da efetividade⁽²⁸⁾. O autor aponta que a produção de conhecimento sobre a efetividade é permitida na APS associando os resultados-efetividade-da atenção com a identificação do grau e extensão da orientação da APS entre os atributos. Para ele, isso evita a utilização da ESF como categoria geral de análise, o que permite a comparação do grau de orientação à APS com outros modelos de atenção básica que coexistem no Brasil, como as unidades básicas tradicionais, ambas, foco deste estudo⁽⁴⁾.

Em relação aos resultados, a OPAS/OMS⁽¹⁹⁾ sugerem que os sistemas de saúde fortemente orientados pela APS geram melhores quadros em saúde, sendo mais equitativos, eficientes e com menores custos e maior satisfação dos usuários, ou seja, apresentam melhor efetividade. E, ainda, especificam que os elementos organizacionais e funcionais medidos e avaliados formam uma abordagem lógica e coesa para estabelecer firmemente os sistemas de saúde conforme a abordagem da APS adotada, que vai orientar a transformação dos sistemas de saúde para alcançar suas metas.

Diante do exposto, adota-se, neste estudo, o entendimento de que, para a avaliação da efetividade da atenção primária à saúde infantil é necessário estabelecer a existência de associação entre a presença dos atributos da atenção primária e os desfechos positivos na saúde infantil. Logo, os atributos essenciais da APS permitem a identificação de associações entre os mesmos e os resultados - a efetividade - da atenção à saúde da população. Ao mensurar sua extensão, contribui-se para orientar os serviços de saúde no cumprimento desses mesmos atributos, o que vai permitir a avaliação de seu processo de atenção⁽²⁸⁾.

A avaliação do processo de atenção proporciona o conhecimento de melhores práticas no qual o sistema de saúde pode capitalizar uma forma de ser mais eficaz ao adotar a APS como seu fundamento. E tal sistema sendo dirigido pelos princípios da APS poderá responder às necessidades em saúde da população e fornece uma base às políticas de saúde, legislação, critérios para sua avaliação, geração e alocação de recursos, além de operacionalização do sistema de saúde, fazendo uma ponte entre valores sociais mais amplos, como reduzir as iniquidades e cumprir os compromissos de metas de desenvolvimento acordadas internacionalmente. Para isso, é preciso dar mais atenção às necessidades dos componentes estruturais e funcionais do sistema de saúde para assegurar cuidados de qualidade e o desenvolvimento dos resultados nos sistemas⁽¹⁹⁾.

Desse modo, reafirma-se que uma orientação à qualidade em saúde necessita de

de procedimentos para avaliar seus pilares, como a efetividade, a eficiência e a segurança de intervenções preventivas e curativas de saúde, com adequada distribuição de recursos. Para tanto, são essenciais atividades que garantam a melhora contínua da qualidade para tornar esse processo efetivo e sustentável.

3.1.5.1 *Fundamentos de Base Teórica do Sistema de Medição da Avaliação da Efetividade e Adaptações das Versões Brasileiras*

Fundamentando-se nas bases teóricas das pesquisas de Starfield⁽³⁾, tendo como finalidade visualizar o sistema de medição da APS por meio do PCATool, um resumo das abordagens dos componentes relacionados à estrutura, processo e resultados que sistematizaram os atributos da APS será apresentado a seguir, buscando uma construção teórica da avaliação da efetividade. A Figura 5⁽³⁾ representa os componentes do sistema de saúde:

Estrutura (capacidade) – Os 10 elementos estruturais principais enquanto recursos necessários para oferecer serviços são mostrados na Figura 5⁽³⁾: pessoal; instalações e equipamentos; gerenciamento e comodidade; variedade de serviços oferecidos pelas instalações; organização de serviços; mecanismos para oferecer continuidade da atenção; mecanismos para oferecer acesso ao atendimento; arranjos para financiamento; delineamento da população eletiva para receber os serviços; administração do sistema de saúde.

As abordagens para medição da atenção primária com base em estruturas e processos para a administração dos componentes do sistema de saúde variam desde aquelas com capacidade de ser ouvido (menos poder) às com capacidade de controlar a organização (mais poder). As principais variações dessas capacidades incidem em três tipos: *controle, escolha e persuasão moral/legal*⁽³⁾.

Aponta-se o **controle político** como a forma mais direta da administração deste sistema. Pessoas têm autoridade sobre orçamentos e alocação de recursos, condizendo com a tomada de decisão coletiva e democrática⁽³⁾.

A **escolha** – Seria uma forma alternativa de administração, método mais indireto, baseado no princípio de permissão de escolha às pessoas de onde e com quem desejam receber seus serviços, encorajando a competição, e o alcance da responsabilidade⁽³⁾.

A ***persuasão moral/legal*** – É a mais indireta forma de administrar. Representada por sistemas de reparação legal e social, por serviços inadequados ou prejudiciais. Pontuam pesquisas de satisfação para determinar a relação das pessoas a respeito de seus serviços e funciona por persuasão moral, medida mais indireta de controle. Não permite às pessoas a capacidade de mudar aspectos dos serviços que são considerados inadequados.

Processos (desempenho) – São ações que constituem oferta e recebimento de serviços, tendo dois componentes: 1) *atividades por parte de quem oferece atenção*, e 2) *atividades de quem recebe a atenção - a população*, pontuadas em um processo de atenção de três etapas em ciclo⁽³⁾:

- 1- ***Reconhecimento do problema*** (ou *necessidades*) - Reconhecer necessidades existentes na comunidade, nos indivíduos como importantes para a atenção primária. Subentende-se consciência da existência de situações que exijam atenção num contexto de saúde⁽³⁾.
- 2- ***Entendimento do problema***- Enquanto formulação de diagnóstico.
- 3- ***Estratégia*** - Instituição adequada ao tratamento ou manejo. Subsequentemente, ocorre um arranjo de reavaliação do problema, com adequação às medidas tomadas, iniciando-se novo ciclo de vigilância com monitoramento e acompanhamento dos problemas.

Nessa abordagem, entende-se que os processos de atenção são importantes quando refletem como as pessoas interagem com o sistema de atenção. Sendo assim, classifica-se essa relação em:

- 1) As pessoas decidem se e quando usar o sistema de atenção à saúde.
- 2) Caso as pessoas utilizem-no, chegam a um entendimento sobre o que este serviço lhes oferece.
- 3) Decidem quão satisfeitos ficaram com seu atendimento e se aceitarão as orientações dos profissionais da saúde.
- 4) Decidem o quanto querem participar do processo. Em relação às recomendações do serviço, poderão realizá-las, modifica-las ou desrespeitá-las, parcial ou completamente; ou participar sugerindo diferentes processos de atenção, o que é considerado importante na avaliação da atenção primária⁽³⁾.

Na abordagem da estrutura-processos ⁽³⁾, medem-se o potencial e o alcance dos aspectos cruciais da atenção primária. Na estrutura⁽³⁾, os quatro componentes do sistema de

serviços de saúde, já citados, definem o potencial e são relevantes, enquanto os dois aspectos do processo traduzem o potencial em uma atividade importante. Esta é a base dos atributos da APS.

Para a autora⁽³⁾ nos componentes estruturais do sistema encontram-se envolvidas:

1- **Acessibilidade:** A proximidade da localização do estabelecimento da população a qual atende; os horários e dias abertos ao público; o grau de tolerância às consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

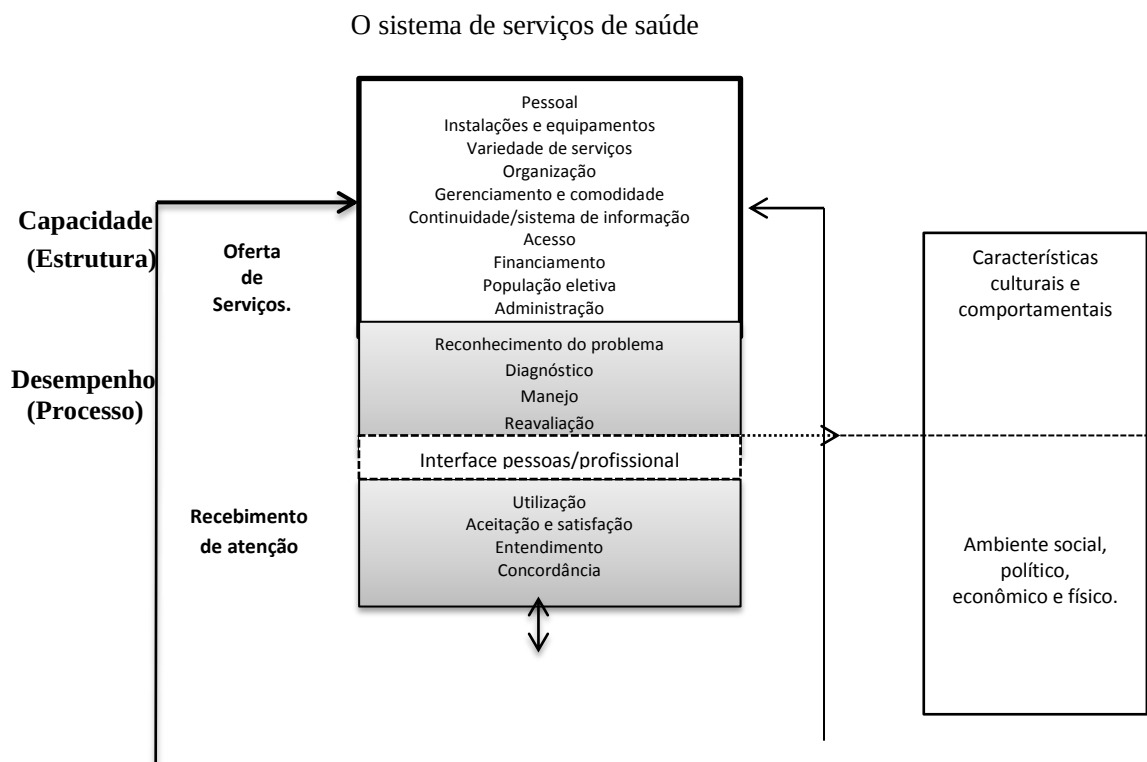
2 - **Variedade de serviços:** A disponibilidade dos serviços e os que a população acredita que estejam disponíveis.

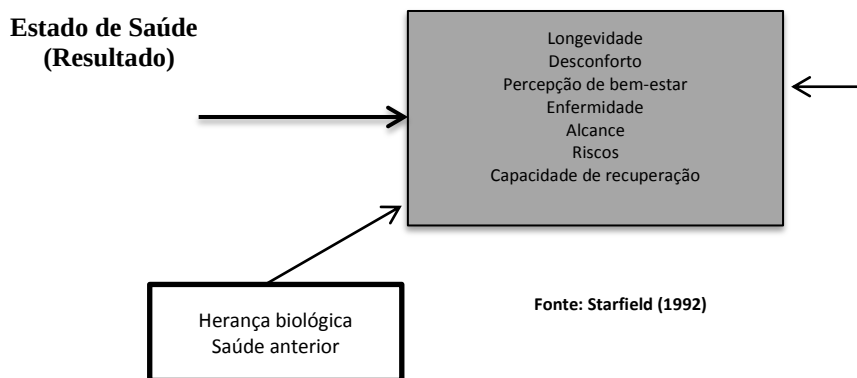
3 - **Definição da população eletiva:** O grau de identificação da população pelo serviço de atenção à saúde pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população adscrita atendida se consideram parte dela.

4 - **Continuidade:** Ações da atenção oferecidas em uma sucessão ininterrupta de eventos. Continuidade alcançada por intermédio de profissional que atende ao usuário ou o prontuário do usuário onde registra o atendimento prestado, registro computadorizado ou arquivo de prontuário trazido pelo usuário. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção por indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

Os dois componentes do processo apontado para traduzir o potencial na atividade adequada do sistema de serviços de saúde referem-se à/ao:

Figura 8: Componentes do sistema de saúde em relação à capacidade, desempenho e resultados⁽³⁾





Fonte: Starfield, 2002

1-Utilização de serviços pela população - Medida da extensão e o tipo de uso dos serviços de saúde. O tipo de utilização pode ser: 1) iniciada pelo usuário; 2) uma exigência ou orientação do profissional de saúde; e 3) exigência administrativa.

2-Reconhecimento de problema ou necessidade por profissionais de serviços de saúde - Passo que precede a existência do processo diagnóstico; se não houver esse reconhecimento, será inadequado. Neste processo, os usuários podem não se queixar dos problemas, ou mascará-los se queixando de outra coisa. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um usuário ou da população.

Para a medição da avaliação da APS⁽³⁾, o instrumento do PCATool foi organizado em 04 versões: 1) criança; 2) adultos maiores de 18 anos (versão adulto); 3) profissionais de saúde; e 4) coordenador/gerente do serviço em saúde.

O PCATool, quando adaptado à versão brasileira de Harzheim^(4,185), teve como objetivo a sua utilização como ferramenta para medir interações no contexto da APS, promovendo medida de base individual sobre estrutura, e, principalmente, processo de atenção em APS. Os componentes estruturais e processuais necessários para medir cada um dos atributos da APS, a partir da validação do instrumento PCATool-Brasil versão criança⁽⁴⁾, foram validados mantendo os atributos essenciais e derivados e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde da proposta original de Starfield na Johns Hopkins. A exceção foi referente ao atributo competência cultural por não atingir o escore de validação. Sendo assim, na avaliação metodológica dos atributos, verificam-se 06 atributos validados. São eles:

A atenção ao primeiro contato- Acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou quando surge necessidade ou episódio de um mesmo problema pelo qual usuários procuram atendimento à saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas graves^(3,4,182).

Independentemente do serviço em saúde, só é oferecida atenção ao primeiro contato se seus usuários em potencial percebam tal serviço como acessível e sua utilização reflita isso. Logo, sua medição envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual).

Na obra original⁽³⁾, quando da medição a respeito da atenção ao primeiro contato, questões da avaliação do potencial do serviço em relação ao atributo são pontuadas como importantes para a reflexão desses aspectos e contribuição para reorganização do processo de trabalho da equipe: *Em que medida o sistema oferece fácil acesso geográfico, ou de horário mais prolongado ao atendimento? A população acha esse acesso conveniente? Quanto o acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para problemas novos por sua população definida?* Comparando as questões ao instrumento PCATool validado, entende-se ter sido elas a base para o questionamento abordado aos entrevistados.

No atributo **longitudinalidade**, pressupõem-se a existência de fonte regular de atenção e seu uso difuso de tempo, independentemente da presença ou ausência de doença ou lesão^(3,4,181). A unidade de saúde precisa ser capaz de identificar sua população eletiva (*elemento estrutural*) e seus indivíduos que careceriam de seu atendimento na unidade, com exceção da necessidade de atendimento específico ou outro encaminhamento. Ainda, a cooperação mútua entre os usuários e os profissionais de saúde caracterizaria o vínculo da população com a unidade de atenção refletindo uma relação interpessoal intensa (*elemento processual*)^(3,4).

As questões para reflexão deste atributo⁽³⁾ sugerem: *Aqueles indivíduos claramente identificados como usuários reconhecem a unidade de saúde como sua fonte regular de atenção e utilizam-na como tal por um período de tempo? Todas as consultas, exceto as iniciadas pelos profissionais, ocorrem na unidade? A natureza da interação entre o profissional de saúde e os usuários reflete sua cooperação mútua?*

A **integralidade** alude que unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba os serviços de atenção à saúde⁽³⁾, compreendendo ações para a atenção integral, do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, relacionada a um leque de serviços disponíveis (*elemento estrutural*) e prestados (*elemento processual*) na atenção primária, mesmo que alguns não possam ser oferecidos dentro das unidades de APS, mas sejam coordenados em rede, incluindo o encaminhamento aos serviços de especialidades médicas, hospitais, entre outros⁽⁴⁾. Explicita-se, assim, sua responsabilidade tanto para a comunidade como para a equipe e o reconhecimento de situações nas quais os serviços estão disponíveis^(3,4).

O processo de trabalho da equipe de saúde da APS precisa oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e os que lidam com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças, bem como reconhecer adequadamente problemas de toda a natureza, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Os sociais são importantes por entender que todos os problemas de saúde ocorrem em um ambiente social que predispõe ou causa enfermidades⁽³⁾. Logo, nessa visão, os serviços prestados objetivam a prevenção do adoecimento.

As questões relativas ao atributo⁽³⁾ são inúmeras para reflexão da integralidade, entre elas, destacam-se: *quão inclusivo é o pacote de benefícios oferecido? Ele é explícito e é compreendido pela população? Ao oferecer serviços, os profissionais reconhecem um amplo espectro de necessidades na população? Eles encaminham a outros especialistas, quando apropriado?*

A coordenação (integração) da atenção requer que serviços ofereçam forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários dos usuários (*elemento estrutural*) ou ambos, além do reconhecimento de problemas (*elemento processual*). Esse reconhecimento de problemas é facilitado se houver continuidade do atendimento com o profissional ou um registro no prontuário do usuário do histórico de atendimento aos problemas. Para avaliar a coordenação da atenção, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários. O provedor de atenção primária deve ter a capacidade de integrar todo cuidado que o usuário recebe por meio da coordenação entre os serviços de saúde⁽⁴⁾.

As questões⁽³⁾ que se referem à reflexão ao atributo coordenação da atenção incluem: *Em que medida o agendamento é organizado para permitir que os usuários consultem sempre com o mesmo profissional em todas as consultas? Os prontuários médicos contêm informações pertinentes ao atendimento de usuários? Existe aumento do reconhecimento de problemas associado à melhor continuidade? Este reconhecimento aumentado é função de prontuários melhores, da continuidade com um profissional usual, ou de ambos?*

Para avaliar a abrangência dos atributos da atenção primária, Starfield⁽³⁾ baseia sua atenção em particularidades para entendimento do processo. Em relação às funções da APS, a autora entende que as mesmas são confundidas com as tarefas necessárias à sua realização. Logo, afirma que definir e medir a APS pelo sentido de suas funções cardinais resultarão, pelo efeito destas funções, em uma lista de tarefas similares ou idênticas, pois as funções são cruciais, porque muitas tarefas que fazem parte da APS também fazem parte de outros níveis de atenção e podem, até mesmo, ser assumidas por esses outros níveis em vez de ser oferecidas nas unidades de atenção primária.

Pressupõe-se que as diferenças essenciais entre a atenção primária e outros níveis de atenção, dão-se na maneira como as funções são realizadas e a APS tem especificidades próprias⁽³⁾. Sendo elas:

Acessibilidade – Acesso universal e não relacionado ao grau de necessidade.

Prontuários - Registro pela responsabilidade de conhecer os elementos essenciais dos dados gerados em outros níveis de atenção.

Utilização dos serviços pelas populações – Uso desencadeado basicamente por indivíduos, enquanto na atenção secundária e terciária, é frequentemente desencadeado pelos profissionais da saúde.

Reconhecimento do problema – Problemas e necessidades são pouco definidos e diferenciados, enquanto em outros níveis de atenção eles são mais bem definidos, porque já passaram por “filtro”.

Variedade de serviços – A variedade de serviços deve ser ampla, pois ela abrange todos os problemas de saúde que são comuns na população em vez de um subconjunto deles.

O processo de diagnóstico - Na APS, o valor do tempo torna-se maior tanto para definir os problemas quanto para julgar a probabilidade de sucesso das medidas alternativas. A efetividade e a eficiência da APS ocorrem por maior probabilidade de não observar enfermidade quando ela está lá e possíveis atrasos no diagnóstico de enfermidades são menos comuns. A atenção primária está sujeita a erros de omissão, enquanto a especializada é mais propensa a erros por realização.

A teoria de avaliação dos atributos em relação às diferenças essenciais entre a atenção primária e outros níveis de atenção reafirma que o elemento estrutural de cada característica dever estar relacionado de perto ao elemento processual, sendo que essa correlação se dá em cada atributo⁽³⁾.

Embora seja abordada essa inter-relação estrutural e processual, reconhece-se que os aspectos singulares da APS nem sempre são claramente espaçáveis. Contrariamente, apesar dessas inter-relações, as características exclusivas da APS na prática em saúde apresentam evidente potencial para sobreposição e, por isso, a sua extensão (o contexto do elemento estrutural e o processual) é prioridade de investigação por pesquisas. Logo, o conhecimento a respeito da importância relativa de cada aspecto na contribuição para resultados efetivos pode resultar numa abordagem ampla para a avaliação.

Para a autora, esse processo deve-se ao fato de que sistemas sociais devem ser

responsáveis por seu desempenho. No sistema de saúde, essa responsabilidade leva à forma de garantia de qualidade em saúde. O sentido amplo da qualidade da atenção aborda a satisfação com serviços; custos; qualificação de pessoal; segurança e aparência agradável das unidades de saúde e adequação dos equipamentos que contribuem para prestação dos serviços.

Resultado (estado de saúde) - Abordando como avaliar o impacto da atenção primária sobre o estado de saúde a partir da perspectiva populacional, Starfield⁽³⁾ aponta ser o maior desafio para a sua medição a dificuldade na determinação de quais aspectos de saúde devem ser apontados como responsabilidade dos serviços de saúde e principalmente da atenção primária. Por vezes, sendo recomendado avaliar as características ambientais, particularmente, ao comparar diferentes áreas.

A variedade de medidas apontadas modifica-se desde o aspecto biomédico até a capacidade de funcionamento adequado no contexto do meio social. Mas o enfoque central⁽³⁾ é correlacionar os indicadores de saúde da população com as mudanças estruturais do Serviço de Saúde ou nos modos de prestação dos SS para explicar um alcance ou mudanças (boas ou ruins) nos indicadores e orientar a tomada de decisão. Dessa forma, em períodos seguidos de tempo, observariam-se resultados-alvo associando-os à avaliação e ao planejamento dos serviços de saúde. Essa pode ser uma maneira de avaliar a efetividade, como método que traria o desenho e a extensão que os serviços de saúde atendem às necessidades que são importantes para a população.

Para associar os resultados dos atributos da APS aos resultados da atenção, várias fontes de informação seriam disponíveis, como as pesquisas populacionais; as informações do estado de saúde e uso de serviços da população; as fontes de atenção profissional e de unidades da rede de serviços; pesquisas baseadas nos profissionais (relação dos padrões no uso dos serviços e resultados do estado de saúde). Para isso, o fundamental é o sistema de saúde como um todo e as correlações com os indicadores de saúde.

As observações⁽³⁾ foram fundamentadas na medição do estado de saúde da população em 04 compêndios de grupos de trabalho, dentre eles, dois chamam a atenção no contexto deste estudo: o de indicadores sensíveis aos serviços de saúde comunitários e o que relaciona os resultados à adequação dos serviços primários.

As orientações⁽³⁾ concluíram que na comparação da adequação da atenção em diferentes comunidades, levam-se em consideração as diferenças iniciais nas taxas dos problemas, e a utilização como medida das reduções da iniquidade para fortalecer a APS, além de observar princípios globais de direitos e responsabilidades aos pacientes. Dentre eles, destacam-se: divulgação de informações, escolha dos profissionais, acesso a serviços de

emergência, participação nas decisões do tratamento, respeito e não discriminação, confidencialidade das informações de saúde, queixas e apelações, e responsabilidades do usuário. Assim, é possível avaliar a extensão na qual os sistemas de saúde diferem em seu alcance.

Logo, entende-se e reafirma-se a colocação que ao mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária na atenção à saúde da criança, o PCATool permite, por meio da experiência dos responsáveis/cuidadores de criança, identificar os aspectos de estrutura e processos dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações⁽⁴¹⁾. Pondera-se permitir um formato consistente de avaliação e investigação da relação entre os atributos da APS, a utilização dos serviços e os resultados em saúde^(41, 42,165).

No contexto da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa que as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas pelos serviços de saúde, estando os mesmos preocupados com a adequação dos serviços na prevenção e promoção da saúde⁽³⁾.

As necessidades de saúde são constantemente objeto de discussão de diferentes bases teórico-conceituais, incluindo conceitos e categorias gerais da saúde coletiva, principalmente nos locais e seguidores do modelo de estratégia da saúde da família e ainda, alguns modelos mistos⁽¹⁴⁶⁾. Evocando ser o seu objeto na prática em saúde, o coletivo e o processo saúde-doença desse coletivo configuram-se como produto do processo de reprodução social, heterogêneo e determinado pelas suas características sociais⁽¹⁹⁸⁻¹⁹⁹⁾. Essas características sociais são entendidas como estudo imprescindível dos fatores sociais que interferem, positiva ou negativamente, na saúde, a fim de entender seus determinantes sociais e o conceito para efetivação do direito à saúde⁽²⁰⁰⁾.

Aponta-se ainda que as necessidades de saúde⁽³⁾ vão variar de época para época, de lugar para lugar, dependendo dos valores da sociedade e da disponibilidade de dados. Mas define-se ser uma questão de valores, de quem vale o quê para quem.

Diante das diferentes dimensões do conceito de necessidades em saúde nas práticas cotidianas das UBSs, de família e tradicional, focar-se-á na dimensão operacional, que se constitui um recorte comparativo entre as necessidades do ponto de vista daqueles que organizam a produção de serviços de saúde e as respostas na perspectiva da população⁽¹⁹⁹⁾.

Para melhor entendimento da qualidade da atenção ao analisar os três elementos da avaliação em saúde, o marco teórico⁽³⁾ aponta duas perspectivas: a clínica (individual) e a

populacional. A primeira foi foco das pesquisas antes da metade da década de 1980, e a segunda prevaleceu a partir do final dos anos 80, tendo seu foco no usuário e nas relações mais equitativas⁽²⁰¹⁾. Identifica-se, na **perspectiva clínica**, a preocupação centrada no impacto dos grupos ou profissionais individuais sobre a saúde/cura de seus usuários. Igualmente, o usuário é o foco no âmbito da medição da qualidade no setor ambulatorial ou primário. Mas na atenção primária, essa perspectiva clínica é um grande desafio, por ser um contraponto à própria função da APS, pois a cura é parte do seu foco, mas sua essência é o cuidado, seja em situações; em problemas, seja na capacidade e limites dos usuários⁽³⁾.

A perspectiva clínica em atenção primária, vista por Starfield⁽³⁾, busca expectativa de não apenas ser voltada ao desempenho clínico orientado à doença, mas ao princípio de ser a APS direcionada à pessoa e aos seus problemas, e abrange sua atenção aos aspectos de desempenho clínico, à avaliação do estado de saúde, à capacidade de organização e à prestação dos serviços.

Na **perspectiva populacional** da qualidade da atenção, foco deste estudo, a preocupação está centrada no impacto dos sistemas de saúde sobre a população e a redução das disparidades entre seus subgrupos. O enfoque recai sobre todas as pessoas em forma de saúde coletiva.

A avaliação da APS, nessa perspectiva populacional, é salientada por tópicos especialmente em relação aos sistemas e aos programas: capacidade do recurso e prestação de serviços, os resultados de metas preestabelecidas (estado de saúde da população) e/ou comparação de um sistema em relação a outro.

Portanto, para a avaliação da efetividade, associando-se ao grau de orientação dos atributos da APS nos serviços, levar-se-ão em consideração suas características essenciais⁽³⁾.

1) **Aspectos exclusivos da atenção primária:** atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação da atenção.

2) **Aspectos fundamentais, mas não exclusivos:** registros adequados, continuidade do pessoal, comunicação profissional-usuário, qualidade clínica da atenção e proteção aos usuários.

3) **Aspectos derivativos:** centralização na família e orientação para a comunidade.

Na adaptação do PCATool Brasil- versão criança⁽⁴⁾, a característica competência cultural não atingiu o ponto de corte estatístico para a sua validação, e não faz parte dos atributos derivativos do instrumento.

A Figura 9 resume as características, tipo de informação exigida para avaliá-las e fontes de informação necessárias ao propósito.

O instrumento de avaliação - PCATool-versão Brasil – quando validada nas versões criança e adultos, analisou-se como aplicável à realidade brasileira^(4,184). Para avaliação em saúde, a adaptação desse instrumento apreendeu a definição de APS como renovada, conforme proposta da OPAS/OMS⁽¹⁹⁾:

[...] um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural⁽⁴⁾.

Alguns resultados obtidos no processo de validação do PCATool-Brasil versão criança mostraram que os itens referentes aos atributos da atenção primária à saúde possuem validade e confiabilidade suficientes para aplicação em estudos sobre a saúde da criança no Brasil. Todos os 55 itens do instrumento (Anexo A) possuem carga fatorial e correlação item-total de acordo com critérios estabelecidos previamente⁽⁴⁾.

Figura 9: Características, informação necessária e fontes de informação para medição da APS de acordo com Starfield

Medição da obtenção de Atenção Primária		
Aspecto	Tipo de informação necessária	Fonte(s) de informação
Aspectos exclusivos		
Atenção ao primeiro contato	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato	Projeto do programa Pesquisa Formulários de queixa/auditoria/entrevista
Longitudinalidade	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e de seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para a atenção	Registro de idade e sexo Auditoria de registros/entrevista Queixas/auditoria de registros/entrevista Entrevista/pesquisa
Integralidade	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população Porcentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento	Projeto do programa Formulários de queixa/auditoria do prontuário Projeto do programa (por exemplo, consultas domiciliares)/auditoria de registros/entrevista Sistemas de informações clínicas
Coordenação da atenção	Mecanismos para continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de consultas para encaminhamento/consultoria (ocorrência e resultados)	Projeto do programa (pessoal; registros) Auditoria do prontuário Projeto do programa/auditoria do prontuário
Aspectos essenciais mas não exclusivos		
Formato do prontuário médico	Lista de problemas Exatidão do preenchimento do prontuário médico	Unidade de prontuário Auditoria de prontuário
Continuidade da atenção	Porcentagem de consultas com o mesmo profissional no acompanhamento	Sistemas de informação
Comunicação profissional-paciente	Conteúdo/qualidade da interação	Observação/gravação em fita
Qualidade clínica da atenção	Qualificações do pessoal Adequação, exatidão e oportunidade dos serviços	Projeto do programa Auditoria do prontuário, observação, entrevista, pacientes simulados
Proteção dos pacientes	Conhecimento dos recursos da comunidade Uso dos serviços da comunidade	Entrevista (pessoal) Auditoria do prontuário/entrevista
Aspectos Derivativos		
Centrado na família	Conhecimento dos membros da família Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família	Auditoria do prontuário/entrevista Auditoria do prontuário/entrevista
Competência cultural	Providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais	Projeto do programa (administração) Levantamento
Orientado para a comunidade	Mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na unidade	Conhecimento das estatísticas da comunidade/entrevista Entrevista Projeto do programa

Fonte: Starfield (2002, p.472).

Os resultados das pesquisas com este instrumento demonstraram, também, que os itens de cada atributo possuem a correlação item-total possível dentro de sua própria dimensão conceitual, fortalecendo a consistência do PCATool-Brasil versão criança validado⁽¹⁸⁴⁾. Sendo assim, ficou estabelecido que este instrumento de avaliação, em relação ao serviço de atenção básica dirigida a esta população, pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, e ao apresentar os dois atributos derivados aumentando o poder de interação com os indivíduos e com a comunidade⁽⁴⁾.

Estes resultados obtidos com o instrumento correlacionam-se com a afirmação de Starfield⁽³⁾, ao explicitar que um serviço de saúde é fortemente orientado⁽³⁾ para o alcance da maior presença desses atributos, torna-se capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita, guiando as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como orientado para a APS.

Ao abordar a evolução histórica da APS na saúde pública brasileira, estudo⁽¹⁷⁾ chama atenção para o aumento do interesse da academia brasileira em pesquisar a APS^(28-30,202-205), e afirma que, assim, permitiram retirar do campo opinativo os posicionamentos frente à ESF, demonstrando que as avaliações comparativas que utilizaram o instrumento de Avaliação da APS - PCATool são bastante relevantes quanto aos seus resultados para a atenção à saúde.

Esse posicionamento inclui a adaptação brasileira do PCATool de Almeida e Macinko⁽¹⁹⁴⁾, que propôs a validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde(SUS) em nível local, com modificações metodológicas diferenciadas do modelo original de Starfield⁽³⁾.

Nesse estudo de Almeida e Macinko acerca do PCATool, adaptações foram realizadas no conceito de atenção primária e nos atributos essenciais. Sendo seguida uma noção ampliada de atenção básica, adotando outros atributos essenciais que diferem dos associados ao PCATool original⁽⁴⁾: o acesso, a porta de entrada, o vínculo, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque familiar, a orientação para a comunidade e a formação profissional⁽¹⁹⁴⁾.

Estes atributos foram escolhidos baseados na literatura internacional⁽²⁰⁶⁻²⁰⁷⁾ ao abordar sistemas de saúde, qualidade dos serviços e grau de satisfação do usuário^(176,207-209). Essa proposta⁽¹⁹⁴⁾ reforça o entendimento deste estudo, a respeito da inter-relação da tríade estrutura-processo-resultados da proposta original do PCATool, ao analisar o sistema de

saúde e a avaliação organizacional da AB através de respostas de diferentes informantes, comparando-as aos dados secundários dos serviços. Essa metodologia de avaliação da APS pode ser identificada em diversos estudos realizados no Brasil^(181, 210).

Avalia-se que estas adaptações do PCATool⁽¹⁹⁴⁾ possibilitam que outras metodologias de avaliação com o instrumento venham a ser utilizadas atendendo à tendência da pesquisa de qualidade em saúde, com abordagem orientada para a humanização da atenção, valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes^(13,201), sendo considerado essencial junto à perspectiva técnica e à organizacional⁽²⁰¹⁾.

Diante do que foi exposto, definem-se neste estudo os seguintes passos teórico-metodológicos, que serão apresentados a seguir.

O instrumento escolhido pela pesquisa multicêntrica é a versão do PCATool–Brasil versão criança validado por Harzheim⁽⁴⁾. Essa é uma razão de consideração para o subprojeto em questão: preservar a continuidade seguindo a metodologia do projeto maior, que é multicêntrico, financiado e aprovado com a metodologia proposta, já tendo sido enviado seu relatório técnico ao CNPq/CAPES (Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior) e no mesmo consta este estudo, com seu seguimento.

Considera-se, ainda, que este instrumento foi validado para a sua utilização como ferramenta que mensura as interações no contexto da APS, promovendo medida de base individual sobre estrutura e processo de atenção em APS.

Incorporam-se à análise avaliativa os resultados em relação às metas alcançadas dos indicadores em saúde, através dos planos de ação e relatórios de gestão dos serviços de saúde, pesquisas populacionais, etc. com dados secundários, coletados rotineiramente, ou por mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica, etc.

O plano de ação ou plano municipal de saúde (PMS) e o relatório anual de gestão (RAG) são ferramentas do SUS previsto na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8142⁽²¹¹⁾ no seu artigo 04, e definido pela Portaria GM/MS nº 548 de 12/04/200⁽²¹²⁾.

O plano municipal de saúde foi pensado pelo SUS como processo de planejamento, com elaboração, implementação e avaliação de resultados, apresentando a análise das alternativas de intervenção exigindo um conhecimento específico para a avaliação da efetividade, enquanto eficiência e eficácia das ações em saúde⁽²¹³⁾.

No conteúdo do plano municipal de saúde aborda-se o diagnóstico da situação do município contemplando, além da situação geográfica e demográfica do município, a caracterização socioeconômica e de infraestrutura; uma situação sanitária, organizacional e

gerencial de saúde, incluindo o diagnóstico dos serviços de saúde com caracterização da rede física, capacidade instalada dos recursos humanos, materiais e financeiros⁽²¹³⁾.

No plano de Saúde, o município apresenta a programação do levantamento das situações problemas, incluindo as políticas de atenção integral à saúde da criança, entre outras. Abrangendo, as necessidades expressas pela população, seu sistema de ordenamento de fluxo, complexidade dos serviços, capacidade dos recursos, sistema de informação e hierarquização das prioridades.

No processo de avaliação do PMS, enquanto controle e avaliação do sistema municipal de saúde, referem-se às avaliações das ações e do conjunto do sistema municipal de saúde, avaliando sua organização e estruturação, no sentido de discutir a equidade, integralidade, hierarquização e acessibilidade, resolutividade; papel da rede básica, além da capacidade instalada e produtividade⁽²¹³⁾. Esse processo de avaliação utiliza o relatório de gestão como uma análise anual da execução do plano municipal de saúde.

Atende-se com a incorporação dos resultados da gestão dos serviços de saúde a colocação que a avaliação dos sistemas de saúde, os quais elegem a APS como seu eixo estruturador, não pode se reduzir aos resultados mais imediatos e pontuais, requerendo investir em instrumentos/medidas que permitam resgatar a avaliação dos seus componentes estruturantes⁽¹⁸³⁾.

Com base na definição de sistemas de saúde pela OPAS/OMS⁽¹⁹⁾, considera-se que famílias e comunidades são as bases do planejamento e da ação, e esses requerem estratégia para a organização e operacionalização dos sistemas de saúde, ampliando as políticas de saúde, a legislação vigente, a geração, alocação de recursos e a operacionalização do sistema de saúde.

Ainda, conjecturam-se as tendências nacional e internacional de não mais reduzir a avaliação a uma das suas dimensões identificadas do sistema de saúde, busca-se integrá-las reciprocamente em uma abordagem que é multidimensional para uma resposta mais adequada às expectativas e necessidades da população em relação aos serviços de saúde^(201,206).

Entende-se que estes aspectos da incorporação dos dados da gestão poderão levar este estudo a contribuir com o monitoramento da avaliação em saúde⁽²⁷⁾, ao não se tratar apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos de avaliação, mas, principalmente, de se pactuar o objeto e os objetivos desta avaliação. Salienta-se a importância de incorporar ao processo avaliativo respostas significativas dos diversos atores envolvidos no sistema de

saúde - a população, os serviços e a academia - para que a avaliação tenha impacto à tomada de decisões na AB⁽⁶⁾, seja qual for o seu contexto, o seu local, seu modelo de atenção.

DELINEAMENTO METODOLOGICO

4.1 Tipo de Estudo

Pesquisa quantitativa de avaliação da efetividade de estrutura e processo dos serviços em atenção primária à saúde da criança.

A pesquisa quantitativa é centrada na objetividade. Considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Assim, ela recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis. A pesquisa quantitativa, por suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana⁽²¹⁴⁾.

Para fins deste estudo, considerando-se que,

Avaliar pode ser definido como uma atividade que 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 julgamentos diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa- ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa^(6, p. 705).

Esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, ou seja, como um sistema organizado de ação. Por outro lado, possibilita visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão⁽⁶⁾.

Assim, a pesquisa avaliativa “trata de analisar a pertinência e os fundamentos teóricos (análise estratégica), os objetivos (análise da intervenção), a produtividade, os efeitos (análise de efetividade) e o rendimento de uma intervenção e o contexto (análise de implantação) no qual ela se situa^(7 p.31)”.

Neste estudo, o foco estará voltado à avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança. Para tanto, far-se-ão “a medição, descrição e avaliação ou julgamento da associação entre duas ou mais variáveis produzidos em contextos específicos^(215 p. 37)”.

No entanto, na avaliação da efetividade a atribuição dos resultados a uma determinada intervenção deve ser estabelecida não apenas pela confirmação de associações estatísticas, mas sim por associações lógicas, que seja o produto do estudo sistemático do processo e da interação dos fatores que influenciam tanto a implementação da intervenção como os seus

resultados. E em sendo os modelos de atenção em um sistema de saúde uma intervenção complexa por ser produzida em sistemas abertos e tendo a necessidade de intervir em vários níveis para alcançar caminhos que podem ser de comportamentos até de estruturas, políticos e sociais, fatores que têm varias intenções, são influenciados pelo contexto, ficando fora de controle de quem implementa principalmente quando orientados a comunidades ou grupos. Tendo estes fatores uma dinâmica de interações entre suas variáveis nas quais são suportadas por resultados, frequentemente produzidos a longo prazo⁽²¹⁵⁾.

Diante dessa compreensão, para a avaliação da efetividade utiliza-se a medição para a avaliação quanto à estrutura e processos dos serviços de saúde associando á lógica do produto de um estudo sistemático dos resultados encontrados dos desfechos das ações em saúde da criança atrelados aos serviços de saúde através de uma análise documental em relatórios de resultados do estado de saúde infantil nos sistemas de saúde municipais.

A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos⁽²¹⁶⁾.

4.2 *Campo ou Local do Estudo*

O estudo foi desenvolvido em um município da Região Nordeste do Brasil e outro município da Região Sul, sendo no estado da Paraíba, a capital, João Pessoa e, no estado do Paraná, Cascavel, respectivamente.

4.2.1 *Descrição dos Municípios de João Pessoa e Cascavel*

A cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, é a terceira cidade mais antiga do país, cuja instalação data de 1585, e é localizada na região litorânea⁽²¹⁷⁾.

A cidade de Cascavel, criada politicamente em 1952 após ser desmembrada do município de Foz do Iguaçu⁽²¹⁸⁾, localiza-se no Planalto de Guarapuava, região oeste do estado do Paraná, distante 500 km da capital.

Os quadros um, dois, três, quatro, cinco e seis descrevem os índices, indicadores e as principais características de cada um dos municípios.

Por entender que a avaliação do desenvolvimento é um importante contexto de associação entre os resultados a serem considerados para obter a efetividade dos serviços de

saúde, pois o estudo foca a perspectiva populacional no Quadro 2, aborda-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municípios envolvidos no estudo.

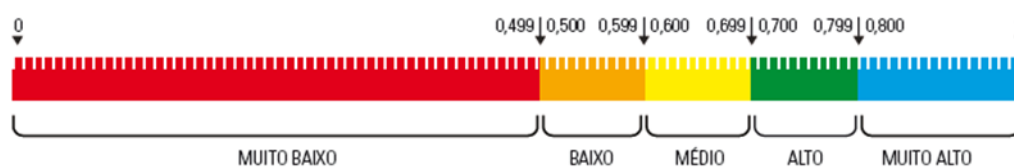
O IDH abeirar-se no desenvolvimento humano como um processo de ampliação das liberdades das pessoas, no que tange as suas capacidades e as oportunidades a seu dispor, para que elas possam escolher a vida que desejam ter. Logo, é centrado nas pessoas e na ampliação do seu bem-estar, o que se entende como a capacidade e a liberdade de escolher⁽²¹⁹⁻²⁰⁾.

O IDH foi adotado como uma medida do grau de desenvolvimento humano do país em alternativa ao PIB, hegemônico anteriormente. O IDH reúne três dos requisitos mais importantes do que se considera a expansão das liberdades das pessoas, como indicadores: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável – **saúde** (longevidade) –, ter acesso ao conhecimento – **educação** – e poder desfrutar de um padrão de vida digno, com comando sobre os recursos – **renda**⁽²¹⁹⁻²⁰⁾.

Por meio das duas primeiras dimensões, avalia-se a realização do bem-estar mediante a adoção de um estilo de vida resultante de escolhas livres e informadas, a partir das habilidades e conhecimentos acumulados. Já o comando sobre recursos indica se esse processo se deu livre de privações das necessidades básicas, como as de água, alimento e moradia⁽²¹⁹⁻²⁰⁾.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM é um número que varia entre 0 e 1. Nesse índice, quanto mais próximo de 1, maior será o desenvolvimento humano de um município/Estado⁽²²⁰⁾. Sua classificação é demonstrada na figura 10:

Figura10 - Faixas de Desenvolvimento Humano



Fonte: IDHM, 2013⁽²²⁰⁾

No Quadro 1, apresentam-se os municípios e Estados quanto aos seus respectivos IDHs.

Quadro 1 – Índice de Desenvolvimento Humano dos Estados e respectivos municípios do Estado, 2013.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)								
Região	Evolução		Classificação			Componentes 2010		
	IDH		IDH			IDM-R	IDM-E / ↑ #	IDM-L
	1990-2000	2000-2010/ ↑#	País	Estado	Faixa			
Nordeste								
Paraíba	0,506	0,658 ↑30,04%	23º	-----	Médio	0,555	0,656 / ↑0,224	0,783

João Pessoa	0,644	0,763 ↑18,48%	320 ^a	1 ^o	Alto ⁽¹⁶³⁾	0,77	0,69 ↑0,170	0,830
Sul								
Paraná	0,650	0,749/ ↑15,23%	5 ^o	----	Alto	0,757	0,668 ↑0,146	0,830
Cascavel	0,694	0,782 ↑13,01%	113 ^o	4 ^o	Alto ⁽¹⁶³⁾	0,776	0,728 ↑0,154	0,846

Fonte: IDHM, 2013 ⁽²²⁰⁾.

Siglas: IDH-R –Índice de desenvolvimento Humano –renda; IDH-E –Índice de desenvolvimento humano Educação; IDH-L Índice de desenvolvimento Humano Longevidade.

O Quadro 2 apresenta as características geográficas dos municípios de João Pessoa – PB e Cascavel – PR.

Quadro 2 – Características geográficas dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR

Característica / Municípios	João Pessoa	Cascavel
Área territorial	211.474 Km ²⁽²²¹⁾	2.100.80 Km ²⁽²²¹⁾
Localização	Porção mais oriental das Américas e do Brasil	Terceiro planalto do Estado
Mesorregião	Mata Atlântica	Oeste paranaense
Microrregião	João Pessoa	Cascavel
Municípios Limítrofes	Cabedelo (N) pelo Rio Jaguaribe, Conde (S) pelo Rio Gramame, Oceano Atlântico (L); Bayeux pelo Rio Sanhauá e Santa Rita pelo Rio Mumbaba (O) ⁽²²²⁾	Santa Tereza do Oeste, Tupãssi, Toledo, Cafelândia, Corbélia, Braganey, Campo Bonito, Catanduvas, Três Barras do Paraná, Boa Vista da Aparecida e Lindoeste.
Altitude	40 m	800 m ³
Clima	Intertropical	Subtropical mesotérmico superúmido
Temperatura média anual	25°C	19°C
Bioma/vegetação	Mata Latifoliada Perenifólia Costeira (Mata Atlântica)	Mata Atlântica
Umidade relativa do ar	80%	79%

Fontes: Censo 2010⁽²²¹⁾; PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento ⁽²¹⁹⁻²⁰⁾.

A partir do Quadro 3, foram buscadas as características demográficas dos municípios da amostra. Primeiramente foram apresentadas as características e aspectos gerais referentes aos municípios e, posteriormente, nos Quadros 4 e 5 as características e aspectos gerais referentes à população infantil, alvo deste estudo.

Quadro 3 – Características demográficas dos municípios de João Pessoa- PB e Cascavel – PR.

Características demográficas	João Pessoa	Cascavel
Características / Municípios	João Pessoa	Cascavel
Etnias (raça/cor)	Branca 44,28 Negra 6,68 Parda 47,22 Amarela 1,56 Indígena 0,27 S/ D- 0,00	Branca 70,15 Negra 2,59 Parda 26,25 Amarela 0,85 Indígena 0,13 S/D 0,00
Pop. Mesorregião	1.391.808 hab.	1.219.558 hab.
População total 2010 ⁽²²¹⁾	723.515 hab. (1 ^o no RD*)	286.205 hab. (5 ^o no RD)
População urbana	720.785 hab. / %	270.049 hab.
Urbanização da cidade	99,62% ⁽²²³⁾	94,36%

População rural	2.730 ⁽²²⁴⁾	16.156
Ruralização do município	0,38	5,64%
Taxa de crescimento anual 2000 a 2010	1,92%	1,55 %
Densidade demográfica (2010)	3.421,30 hab./km ²	136,23 hab./Km ²
Pop. estimada 2011	733.155 hab.	289.340 hab.
Pop. estimada 2012	742.478 hab.	292.372 hab.
Pop estimada- 2013 ⁽²²³⁾	769.604 hab.	305.615 hab.
Indicadores demográficos		
Esperança de vida ao nascer 2010 ⁽¹⁶²⁾	74,9 anos em 2010 ⁽²²³⁾	75,74 anos ⁽²²³⁾
Taxa bruta de natalidade/2010	16,4 por 1000/habitantes ⁽²²⁵⁾	15,39 por 1.000/habitantes
Taxa de fecundidade total	1,5	1,8
Razão de dependência da estrutura etária pop.	41,06%	39,99%
Taxa de envelhecimento	6,96%	5,81%

Fonte: PNUD; IPEA, FJP;⁽²¹⁹⁾; ODM, 2014⁽²²³⁾; IBGE, 2010⁽²²⁴⁾; PMJP⁽²²⁵⁾; PM Cascavel⁽²²⁶⁾.

*RD – Ranking Estadual

Quanto às características demográficas da população infantil, os Quadros 4 e 5 foram desenhados por município, respectivamente de João Pessoa-PB e Cascavel-PR. Esses apresentam as correlações entre a idade, o sexo e a situação domiciliar urbana, por considerar o local onde foi realizada a amostra da pesquisa, e o percentual total da população na região urbana correlacionando-os quanto à raça e à cor.

Quadro 4 - Percentual da população infantil quanto à idade, sexo, situação domiciliar, raça e cor, João Pessoa-PB, 2010

Idade	Pop. %	Sexo / Situação domiciliar urbana		Raça ou cor em situação domiciliar urbana.				
		Homem	Mulher	Branca	Negra	Parda	Indígena	Amarela
Total	100	46,50	53,13	44,17	6,65	46,98	0,27	1,55
0 – 14a	22,13	11,17	10,85	9,95	1,07	10,64	0,04	0,32
> 1 ^a	1,43	0,72	0,70	0,80	0,04	0,57	0,00	0,02
0 – 4a	6,95	3,50	3,41	3,48	0,25	3,08	0,01	0,09
05– 9a	7,24	3,67	3,54	3,19	0,35	3,55	0,01	0,11
10-12a	4,73	2,39	2,32	1,96	0,27	2,39	0,00	0,07
10-14a	7,94	4,00	3,90	3,28	0,47	4,01	0,02	0,12

Fonte: IBGE, 2014⁽²¹⁷⁾; Ipadres, 2013⁽²¹⁸⁾; IBGE, 2010⁽²²⁴⁾.

Quadro 5 - Percentual da população infantil quanto à idade, sexo, situação domiciliar, raça e cor, Cascavel-PR, 2010

Idade	Pop.	Situação domiciliar urbana por sexo		Raça ou cor em situação domiciliar urbana				
		Homem	Mulher	Branca	Negra	Parda	Indígena	Amarela
Total	100,00	45,71	48,65	66,13	2,46	24,79	0,13	0,85
0–14a	22,72	10,82	10,61	14,73	0,37	6,15	0,01	0,16
> 1 ^a	1,46	0,70	0,68	1,05	0,02	0,31	0,00	0,01
0 – 4a	6,98	3,37	3,22	4,79	0,09	1,66	0,00	0,05
05– 9a	7,13	3,37	3,35	4,63	0,12	1,91	0,01	0,05

10-12a	5,07	2,40	2,38	3,14	0,10	1,40	0,00	0.03
10-14a	8,61	4,08	4,04	5,31	0,16	2,58	0,00	0.06

. Fonte: IBGE, 2014⁽²¹⁷⁾; Ipardes, 2013⁽²¹⁸⁾; IBGE, 2010⁽²²²⁾.

No Quadro 6 apresentam-se os indicadores de educação dos dois municípios da amostra, de João Pessoa-PB e Cascavel-PR. Os mesmos foram escolhidos tendo como foco principal a faixa etária infantil em comparação com as outras faixas etárias da população.

Quadro 6- Percentual dos indicadores educacionais dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel- PR, 2010

Indicadores educacionais	João Pessoa- PB	Cascavel- PR
Taxa de analfabetismo: 25 anos ou mais	10%	0,7%
Taxa de analfabetismo: 15 anos a 17 anos	14,71%	16,63%
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	52,0	59,0
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	3,07	1,8
% de 5 a 6 anos frequentando a escola- 2010	92,5%	92,46%
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	85,4%	91,68
Expectativa de anos de estudo	9,87 anos	11,22 anos

Fonte: IDH, 2013⁽²¹⁹⁾.

Quanto à renda, apresentam-se os indicadores de renda, bem como a correlação entre trabalho e renda da população economicamente ativa.

Quadro 7 – Renda, trabalho e vulnerabilidade social da população de João Pessoa-PB e Cascavel-PR, 2010.

Indicadores de renda	João Pessoa- PB	Cascavel – PR
Índice de Gini ² - 2010 – <i>Ranking</i> estadual Classificação	0,629 221° no RE. Considerado moderado (8).	0,521 322° no RE. Considerado médio.
Renda per capita (em R\$) média (2010)	964,82	1.003,38
Renda domiciliar per capita /2010	R\$934,74; Renda inferior a R\$ 140,00 reais (SM da época): 13,0% da população.	R\$ 988,84; Renda inferior a R\$ 140,00 reais: 11.706 pessoas:4,1%
% de extremamente pobres	3,48	0,80
% de pobreza	11,59	3,27
% de vulneráveis à pobreza	30,30	13,6
Classificação estadual	5° lugar na PB ⁽²²⁷⁾	15° lugar no PR.

²O índice de Gini é um indicador relevante para o entendimento do grau de concentração dos rendimentos. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar. O índice de Gini da distribuição do rendimento mensal das pessoas com rendimento do País em 2010 ficou em 0,526⁽²²⁸⁾.

PIB per capita /2011	R\$ 13.786,44	R\$ 21.016,00 ⁽²¹⁸⁾
Trabalho e renda		
População economicamente ativa	18 anos ou mais de idade- 2010	%
Ocupada/ativa	66,03	74,9
Desocupada/não ativa	9,57	4,18
Inativa	24,4	20,92
Grau de formalização dos ocupados	63,26	71,98
% dos ocupados com rendimento médio de até 1 S.M.	17,56	11,42
%de até 2 S.M.	67,74	59,32
% até 5 S.M.	86,89	87,8
% Ocupação:		
Setor agropecuário	0,86	5,83
Indústria extrativa	0,12	0,08
Indústria de transformação	7,11	13,33
Setor de construção	7,28	8,27
Utilidade pública	1,57	1,55
Comércio	18,03	20,48
Serviços	57,11	44,65
% de crianças com até 14 anos que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais	6,31	1,6

Fonte: IDH 2014⁽²¹⁹⁾, ODM, 2014⁽²²³⁾, Ipardes, 2014⁽²¹⁷⁾ IBGE, 2011⁽²²⁸⁾. * RE- Ranking Estadual

Diante desses dois contextos diferenciados nos vários aspectos analisados dos municípios de João Pessoa na Paraíba e Cascavel no Paraná, a escolha para os locais de desenvolvimento do estudo centra-se nas suas regiões urbanas, que representavam áreas com serviços de atenção básica à saúde em unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde tradicional, respectivamente.

Em João Pessoa, diante da ampla rede municipal de atendimento em cinco distritos sanitários, o estudo foi realizado no Distrito Sanitário III (DS-III), escolhido pelos seguintes aspectos, 1) possuir o maior número de famílias cadastradas na ESF dos distritos sanitários de João Pessoa, 2) O DS-III concentra o maior quantitativo de ESF instaladas e em pleno funcionamento de João Pessoa, e, 5) possuir uma rede de saúde de quase 100% de Unidades Primárias de Saúde da Família⁽²²⁹⁾, ser considerado significativa representação do contexto da rede de serviços do município de João Pessoa-PB, e, contemplar a proporcionalidade estatística pertinente em relação à amostra.

O DS-III, localizado na zona sul de João Pessoa, constitui-se como o maior distrito do município, cuja população é em torno de 188.958 habitantes, de acordo com o IBGE⁽²²⁹⁾, tendo em sua área geográfica, o bairro mais populoso da cidade, Mangabeira, com cerca de 70 mil hab. no censo 2010. Tem como área de abrangência os bairros dos Bancários, Jardim

Cidade Universitária, Anatólia, Jardim São Paulo, José Américo, Colibris, Laranjeiras, Valentina, Mussumago, Paratibe, Mangabeira e Cidade Verde⁽²²⁹⁾.

Em Cascavel-PR, no período da coleta de dados, a atenção à saúde tinha como rede de serviços municipais: 24 unidades, sendo 23 UBS no modelo tradicional e 01 USF com duas equipes de saúde da família, na área urbana e oito USFs na área rural.

As unidades de APS de Cascavel-PR deste estudo foram as UBSs no modelo tradicional. As Unidades Básicas de Saúde em Cascavel-PR são consideradas a “porta” do Sistema Municipal de Saúde, desenvolvendo atividades assistenciais e de prevenção em um território de abrangência. São responsáveis pela operacionalização das políticas de saúde em todos os níveis de atenção, atuando com atendimento ambulatorial programado nas diferentes áreas (medicina, enfermagem, odontologia e serviço social) e bem como as ações básicas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental⁽²³⁰⁾.

4.2.2 Administração e organização das USF e UBS na atenção primária à saúde

As USF's de João Pessoa-PB seguindo a perspectiva da saúde da família na reorganização da prática assistencial no Distrito Sanitário III, segue a visão de ser estratégia estruturante do sistema municipal de saúde, o que provoca importante movimento no intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS⁽²²⁹⁾.

O DS-III tem sede administrativa no bairro de Mangabeira e gerencia uma rede de serviços de saúde relacionados ao acesso para a atenção à saúde da criança^(229,231). A organização do DS-III se dá a partir de uma composição colegiada com direção geral, direção técnica e outra administrativa. Conformação adotada em 2012, com o intuito de melhorar os processos a nível central e de território; mediação de conflitos e tomadas de decisão; focando sua atuação no apoio matricial ao território de abrangência e de outros setores estratégicos da sede do Distrito III⁽²²⁹⁾. A figura 12, descreve o gerenciamento do DS-III – 2012.

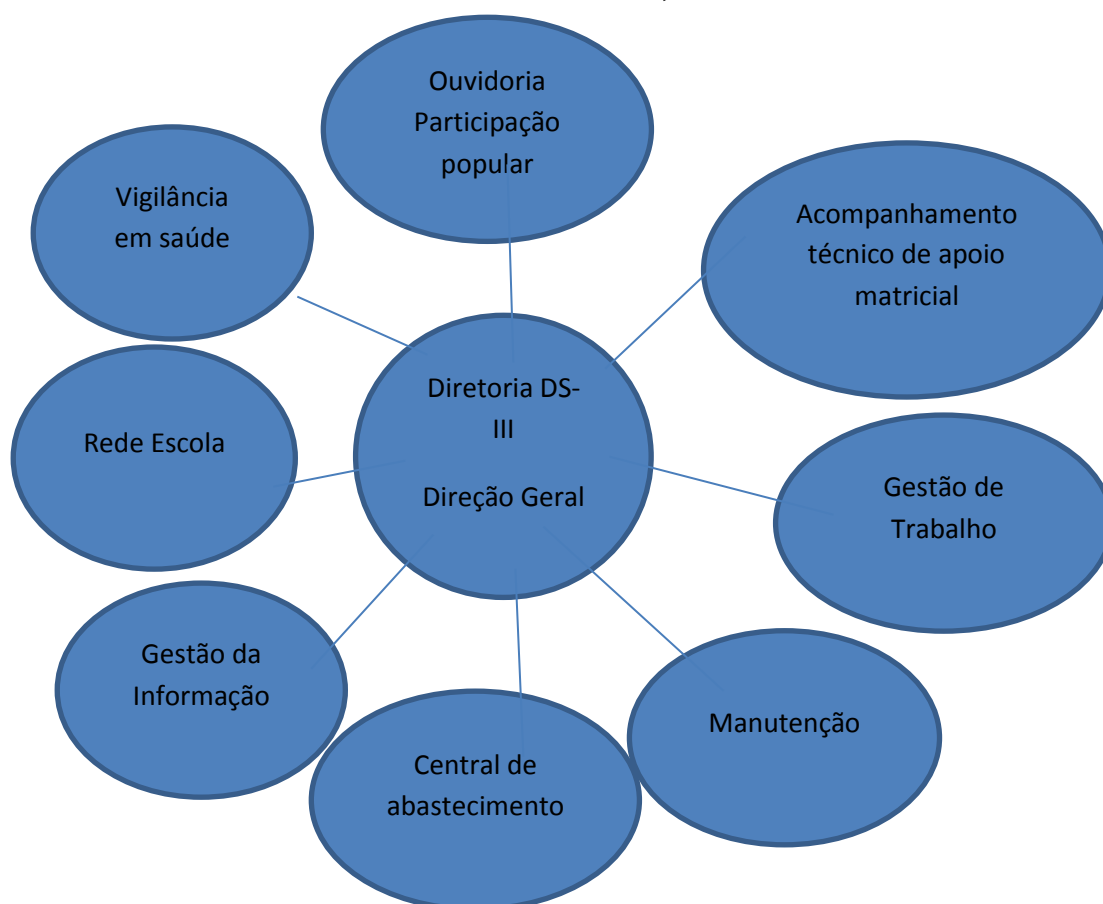
Os trabalhadores desse distrito sanitário, constituem base para a viabilização e implementação do projeto de organização das USF, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A gestão do trabalho em saúde do DS-III assume que são os trabalhadores elementos fundamentais para a efetividade e eficiência do SUS, e trata as relações de trabalho no PMS-JP 2010-2013, com uma concepção focada na participação do trabalhador como principal transformador do seu ambiente de trabalho⁽²²⁹⁾. No ano de 2012, o DS-III e suas

ESF's tinha, na rede prestadora de serviços, 1204 profissionais no setor saúde local, divididos entre nível superior, médio, elementar com carga horária de 20 h ou 40 h semanais, pertencentes aos níveis municipal, estadual ou federal.

No município de Cascavel-PR, um percentual de 90,63% da cobertura do acompanhamento da atenção em saúde é realizado pelas UBS tradicionais, pilar orientador da atenção básica. Da população geral, um percentual de 9,37% é acompanhado pelo Programa Saúde da Família⁽²³⁰⁾, de acordo com o que apresentava como “dato” o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Nestes dois contextos de unidades de saúde primária em Cascavel-PR, 44% dessa população geral é acompanhada pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde⁽²³⁰⁾.

No setor da saúde, 100% das unidades de PSF são acompanhadas pelos ACS. As Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional(UBS) de Cascavel-PR têm, na sua estrutura organizacional, dois cenários distintos: um com acompanhamento de ACS e outro sem o acompanhamento do ACS ⁽²³⁰⁾.

Figura 11 - Gerenciamento do Distrito Sanitário III. João Pessoa, 2012



Fonte: RAG 2012 – DS-III.

Esse quadro de acompanhamento da cobertura da atenção básica apresentou alterações de percentuais, ao longo da gestão, constando entre 2013-14 de 39,98% de ACS nas unidades de saúde e, um aumento de acompanhamento de 16% do PSF da população geral do município⁽²³²⁾.

A atenção básica gerencia, nessas unidades de saúde em Cascavel-PR, ações individuais ou coletivas, voltadas para a promoção da saúde, à prevenção de agravos, o tratamento e à reabilitação da saúde da criança. O acesso, em geral, busca uma expansão em estratégias, privilegiando o atendimento integral com articulação intersetorial no âmbito municipal.

4.2.3 População eletiva da atenção primária em saúde

Nas USF's a atenção básica à saúde no DS-III é centrada na família e no contexto familiar, foca a saúde da criança a partir do ambiente físico-social, **o território**, para regular e estabelecer campo de atuação das equipes de saúde, seu espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela, referência e contrarreferência. Isso possibilita ao trabalho das equipes de saúde da família, o entendimento do processo saúde/doença e necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

No atendimento na USF, além da vigilância em saúde sobre os ambientes comunitários, direcionados aos problemas e necessidades sociais de saúde, a USF focaliza ações intradomiciliares. A unidade espacial em João Pessoa segue orientação de base territorial do sistema de saúde, correspondendo à área de abrangência de cada unidade.

As áreas de abrangência das USF's, a partir do DS-III, são delimitadas em: *Território-distrito* – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção; *território-área* - delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde; *território- micro área* - área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica - sanitária; *território-moradia* – lugar de residência da família⁽²²⁹⁾.

Em Cascavel, dois processos ocorreram para a definição da *área de abrangência do território* no setor saúde, a partir de 2006 deu-se de forma incipiente e sem haver uma finalização da proposta, embora tivesse havido, nessa época, a implantação do PACS com uma cobertura de 30 a 40% do território. O segundo processo ocorreu entre 2009 e 2012, quando houve a abrangência do território utilizando-se como metodologia oficinas e a

ferramenta da Estimativa Rápida Participativa, coordenadas pela equipe da SESAU do departamento de atenção à saúde e vigilância em saúde com o apoio de profissionais de várias instituições^(230,232).

A territorialização dá-se de forma administrativa em distritos sanitários, como já citado neste estudo ao abordar a estrutura física das USF. A partir do território-distrito, as UBS's redefiniram a área de abrangência com o estabelecimento do perfil demográfico e epidemiológico e a construção de projetos de acordo com o grau de vulnerabilidade social, na qual a localização delimitada geometricamente em áreas para uma referência a uma população adstrita de 10.000 a 15.000 mil habitantes, em que se encontram as crianças, bem como as áreas de risco. Esse *território-área* abrange a proximidade da moradia do cidadão. O cadastro das famílias desse setor é realizado em áreas cobertas pelo ACS's, mas o acesso aos serviços de saúde é por livre demanda da área de abrangência^(230,232).

4.2.4 Distribuição do trabalho dos profissionais

A territorialização do DS-III em João Pessoa-PB adota princípios do PACS e ESF, por essa razão, cada equipe de saúde da família que compõe uma área adscrita tem quantitativo máximo de 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com atuação em micro área diretamente com a população de abrangência da equipe de saúde local. A equipe de saúde é composta por médico, enfermeiro e odontólogo; técnico de enfermagem e ACS⁽²³³⁾.

Os usuários da saúde da criança na USF de João Pessoa-PB têm sua atenção realizada pela equipe de saúde. O acompanhamento familiar na visita domiciliar diária dos ACS e semanalmente, uma visita com o restante da equipe. Na USF, o acompanhamento na puericultura de 0 a 2 anos através da consulta de enfermagem e médica, e a atualização do esquema básico de vacinação pelo setor de imunização. As demais faixa-etárias das crianças são também atendidas pela equipe de saúde, mas não de forma sistematizada.

Em Cascavel-PR, trabalha-se nas UBS'S com a ótica das especialidades do corpo médico, ou seja, um ginecologista, um pediatra e um clínico geral, além dos enfermeiros, assistentes sociais, agentes administrativos, atendente de farmácia e zeladores, coordenados por um administrador hospitalar⁽²³²⁾. Para a clientela da saúde da criança a atenção à saúde é realizada pelo médico pediatra, enfermeiro etc. Cada qual em sua especialidade.

4.2.5 Gerenciamento das unidades de saúde da atenção primária

Em João Pessoa-PB, a partir do segundo semestre de 2011, foi implementado um projeto piloto de apoio administrativo para a estratégia de saúde da família. Para desempenhar essa função, foi dada preferência aos profissionais da área de administração. O apoio administrativo foi distribuído como modelo piloto para algumas unidades de padrão integradas com a presença de três pessoas para cada duas unidades, atuando na captação de informações, no acionamento da manutenção predial, gestão de pessoal, discussão da redução de gastos, redução de desperdícios etc.⁽²³³⁾. Além desse apoio administrativo, coexiste o apoio matricial, através do Matriciamento da Gestão do Cuidado, clínico e da gestão dos NASF, já citado anteriormente no estudo quando abordada a organização da Estratégia Saúde da Família.

Para a SMS-JP, o matriciamento é o exercício da gestão colegiada e da atenção enquanto equipe de cuidado, e é entendido como a construção de momentos relacionais nos quais se estabelece uma troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas, serviços de gestão e atenção em saúde envolvida com o cuidado dos usuários. O foco das equipes está nas ações desencadeadas para a integralidade da atenção no sistema de saúde⁽²³³⁾.

Em Cascavel- PR, o gerenciamento das unidades de saúde se dá pela presença de um administrador hospitalar, como já foi descrito no item “pessoal” acima. Não foi encontrado, nos documentos, nenhuma citação ao apoio matricial no município.

4.2.6 Continuidade e sistema de informação na rede de atenção à saúde

Em João Pessoa, o PMS-JP 2010-2013 propôs para a construção da atenção integral e humanizada à saúde no município, na linha de cuidado–regulação do módulo operacional gestão, o objetivo de garantir o fluxo do usuário-cidadão na rede SUS/João Pessoa, para a continuidade da ação estabelecida na atenção primária em saúde.

Para que esse fluxo do cidadão na rede ocorra, relaciona-se como meta, a implementação da central de agendamento e regulação de consultas e exames especializados (CARCE).

Essa meta estabelecida tem como indicadores a proporção entre as unidades informatizadas e o total de unidades de saúde; a proporção de marcadores (consultas) nas equipes pelo total de equipes de saúde da família; e a estruturação de unidades especializadas e hospitalares pelo total de unidades de saúde existentes, entre outros indicadores para obter o

objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial.

Além disso, ao traçar a meta de redução do absenteísmo de exames e consultas especializadas traz ao objetivo de ampliar e qualificar o acesso à central de leitos; o monitoramento da atualização da Programação Pactuada Integrada (PPI); a implementação da ferramenta do cartão nacional de saúde – Cartão SUS e a implementação do processo de contratação dos serviços privados⁽²³³⁾.

Todos esses objetivos contemplam o fluxo da criança na rede de atenção à saúde do município de João Pessoa-PB, a partir da atenção primária em saúde.

Em Cascavel-PR, o estabelecimento da articulação inter setorial no âmbito municipal é um dos princípios para a atenção básica. Portanto, um dos objetivos do PMS-2010-2013 do município é a estruturação da informação em saúde na atribuição de condensar informações dos programas ministeriais de relatórios recebidos das UBS. A informação em saúde também assessora as demais divisões no processo de elaboração do PMS, da programação anual de saúde, RAG e pactos em saúde. Para isso, uma das metas era a de concluir o processo de informatização em todas as unidades básicas de saúde no período de 2012-2013⁽²³⁰⁾, com ações de realização de capacitação de 100% dos funcionários para implantação do sistema de informatização e o cadastramento de 100% da população do município para efetivar o uso do cartão nacional de saúde-SUS.

Outra meta era de implantação do sistema de agendamento eletrônico para todos os atendimentos na rede de atenção em saúde, principalmente os atendimentos ambulatoriais especializados, com critério adotado de classificação de risco, de continuidade de tratamento e de acesso à primeira consulta.

4.2.7 Variedade de serviços à população de crianças

No PMS 2010-2013 de João Pessoa-PB⁽²³³⁾, observa-se que, ao abordar a rede assistencial se relaciona como módulo operacional I, o eixo da linha de cuidado saúde da criança e adolescente, com uma variedade de serviços à criança de João Pessoa na atenção primária em saúde. A SMS-JP traçou objetivos gerais, planejando primeiramente **reduzir a mortalidade infantil** com algumas estratégias de ação como:

- Ampliação de 95% da cobertura e da qualidade do pré-natal da população cadastrada nas USF na rede através da qualificação de 75% dos profissionais da USF e propondo a meta de redução para 8% dos nascidos vivos com baixo peso ao nascer;

- Promoção do aleitamento materno exclusivo de 50% das crianças até os 06 meses de vida; Investigação e discussão acima de 20% dos óbitos infantis e fetais; Garantia de 95% da cobertura de vacinação de rotina e de campanhas do calendário básico de imunização da criança nas USF;

- Garantia de 80% da cobertura de vitamina A e Ferro em crianças de 06 a 59 meses. Para isso, garante também 50% dos profissionais qualificados para administração da vitamina A e do ferro.

- E para a continuidade do cuidado na rede de serviços de saúde foi pensada a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a ampliação em 50% de leitos nas UTI neonatais, aumento de leitos para neonato em hospital municipal e 50% de profissionais habilitados para a assistência neonatal.

Em relação ao objetivo geral de **garantia de atenção humanizada nos três níveis de atenção à criança**, as estratégias de ação foram:

- Implantar e implementar o acolhimento com classificação de risco em 100% das USF e 70% das equipes dos hospitais municipais para crianças;

- Garantia de 80% dos hospitais com estrutura adequada para receber acompanhantes na internação;

- Assegurar atenção integral às crianças portadoras de necessidades especiais na rede com 50% dos profissionais sensibilizados e 100% dos serviços mapeados e, estruturar adequadamente 100% dos hospitais municipais para referência de baixa e média complexidade na atenção à criança.

Para o objetivo geral de **redução da prevalência de estado nutricional alterado (baixo peso, sobrepeso e obesidade) em crianças**, foi traçado:

- A avaliação nutricional e acompanhamento direcionado às crianças na Atenção Básica e Especializada e em projeto para uma vida saudável com 60% das equipes realizando a ação.

Outro objetivo geral contemplado refere-se à **prevenção e detecção da violência doméstica e social** com 40% das equipes qualificadas na temática apoiando estratégias de combate ao tema.

E por fim, o **desenvolvimento de ações de controle de diarreias (DDA) e Infecções Respiratórias Agudas (IRA)** almejando 40% de redução dos casos em crianças e 60% das equipes de saúde da família qualificadas para uso de Terapia Reidratação Oral.

As atividades direcionadas para efetivar a atenção à saúde da criança nas USF, em cada subsistema em João Pessoa são: - Acolhimento com escuta qualificada; - Acompanhamento da criança no período da puericultura; - Consulta e tratamento odontológico; - Curativo e retirada de pontos; - Dispensação de medicamentos básicos; - Consulta de Enfermagem; - Imunização (vacinas); - Consulta Médica; - Nebulização; - Visitas Domiciliares; - Marcação de consultas e exames específicos; - ações de promoção à saúde.

As UBS de Cascavel-PR são responsáveis pela operacionalização das políticas de saúde em todos os níveis de atendimento e atuam como atendimento ambulatorial programado (consultas agendadas–condições crônicas), pronto-atendimento (condições agudas) nas diferentes áreas (medicina, enfermagem, odontologia e serviço social) e as ações básicas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental⁽²³⁰⁾. Esse tipo de atendimento caracteriza o processo de trabalho pelo predomínio de intervenções voltadas para condições agudas de caráter individual, pautado por terapêutica medicamentosa, o que não favorece a construção de vínculos e a corresponsabilidade com a população⁽²³³⁾.

No PMS-Cascavel-PR 2010-2013, a SESAU traçou metas para as linhas de atenção, dentre elas, a expansão e consolidação da atenção básica em saúde. Em geral, a saúde da criança foi contemplada em algumas delas:

- Diminuir a morbimortalidade na gravidez, parto e puerpério, através do acesso da gestante a consulta médica, consulta de enfermagem, orientações e exames laboratoriais e complementares;
- Combater as doenças preveníveis por imunização em 100% das unidades básicas de Saúde;
- Controlar doenças diarreicas, parasitárias e infecciosas prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos de idade;
- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nato, através da puericultura realizada pelo enfermeiro em todas as crianças de 0 a 2 anos de idade;
- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento em crianças de 0 a 7 anos incompletas, por meio do SISVAN;
- Realizar orientações em todos os centros de educação infantil com os pais sobre infecções respiratórias, doenças diarreicas, parasitoses (condições mínimas de higiene e cuidados com as crianças);

- Sensibilizar 100% das equipes das unidades básicas de saúde acerca do atendimento de usuários com necessidades especiais;
- Pediatria e ginecologia através do NASF.

Para a efetivação da atenção às crianças as atividades destinadas ao seu atendimento são: Acompanhamento nutricional; Tratamento Odontológico; Puericultura-Enfermagem; Visita domiciliar-enfermeiros, Assistente social ou médico; Coleta para exame do pezinho; Acompanhamento domiciliar crianças; e Nebulização.

4.2.8 Acesso aos serviços de saúde

A categoria “acesso” ao serviço de saúde tem sido apresentada com várias percepções de diferentes autores. Quando considerada junto ao acolhimento, por um romper com paradigmas cristalizados, essa categoria incorpora as tecnologias leves materializadas em práticas relacionais e é vista como essencial para o estabelecimento de novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde, alicerçados na humanização e nos direitos de cidadania, com dinâmicas interativas e complementares⁽²³⁴⁾.

Ainda, se encontra o acesso como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e diversas modalidades de atendimento, pondo em pauta a possibilidade de obter serviços necessários no momento e nos locais adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável, garantindo a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. Relaciona-se o acesso à saúde com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos em tempo oportuno, ou seja, é o período da prestação do cuidado – ou da intervenção – mais benéfica e necessária⁽²³⁵⁾.

Em João Pessoa-PB, o PMS 2010-2013⁽²³³⁾ no que se refere à atenção à saúde da criança o acesso é considerado junto ao acolhimento, embora a ideia-força refere-se à classificação de risco na rede de serviços, seja nas USF's ou nos hospitais municipais. Nos relatórios de gestão 2011 e 2012 referente ao Distrito III, cita-se a organização da rede de serviços de cuidado progressivo do sistema como garantia à população infantil ao acesso aos serviços básicos, enquanto garantia de acessibilidade universal.

O RAG 201⁽²³¹⁾ e o RAG 2012⁽²³⁶⁾ do DS III aborda o acesso às ações básicas de saúde da população infantil ainda focando em um planejamento por uma política de saúde do

Ministério do ano de 1984⁽¹¹⁴⁾. Essa política preconiza como estratégia cinco ações, intituladas com comprovada eficácia para a saúde da criança. As ações, são: promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas. Essas ações quando citadas nos RAG's de João Pessoa-PB, são consideradas como centro da atenção a serem prestadas na rede básica de saúde em relação à atenção para a criança.

Salienta-se em relação às ações escolhidas para as ações básicas de saúde da criança que, desde o ano de 2004, o próprio MS preconiza como política de saúde para a saúde infantil, a agenda de compromissos para a saúde da criança⁽¹⁴⁹⁾, na qual apresenta outras estratégias dentro de linhas de cuidado que vão além dessas ações básicas citadas. A análise criteriosa dos resultados dos indicadores epidemiológicos será posteriormente avaliada.

Em Cascavel-PR, o PMS 2010-2013⁽²³⁰⁾, analisa-se que o acesso referente à atenção à saúde da criança, enquanto usuário do sistema, é representado na proposta de linha de atenção “qualificação e humanização na gestão do SUS” que leva em consideração, a implantação e o cadastro da maioria dos usuários com o Cartão Nacional de Saúde, o processo de qualificação dos serviços prestados e a implantação do Programa Humaniza SUS para a humanização das práticas em saúde.

A linha de atenção “expansão e consolidação da atenção básica em saúde” relaciona-se com a meta de acessibilidade dos usuários, dentro do território de abrangência das UBS. Após estudo técnico e epidemiológico das suas necessidades, em relação à população infantil, apresenta-se ações/intervenções ou prestação de cuidado, como:

- Controlar doenças diarreicas, parasitárias e infecciosas prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos.

- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nato, através de Puericultura realizada pelo enfermeiro em todas as crianças de 0 a 2 anos.

- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento em crianças de 0 a 7 anos incompletos por meio do SISVAN.

- Realizar orientações em todos os centros de educação infantil com os pais sobre infecções respiratórias, doenças diarreicas, parasitoses (condições mínimas de higiene e cuidados com as crianças).

Salienta-se que essas ações tinham como meta serem cumpridas entre os anos de 2012-2013, data da coleta de dados desta pesquisa⁽²³⁰⁾. Assim sendo, no RAG 2013⁽²³⁷⁾ de Cascavel-PR referente à linha de atenção “qualificação e humanização na atenção à saúde”, os

resultados foram apresentados como não realizados ou parcialmente realizados. Em relação à linha de atenção “expansão e consolidação da atenção básica em saúde”, as ações citadas nesse estudo, direcionadas às intervenções à saúde da criança, apresentaram os resultados referentes às realizações de todas as ações.

Os serviços de saúde dos municípios dos territórios de abrangência do estudo são demonstrados em mapas de distribuição das áreas geográficas nas figuras 13 e 14, respectivamente de João Pessoa-PB e Cascavel-PR.

Na Figura 12, é possível visualizar o mapa da distribuição das Unidades da ESF e PACS de João Pessoa, 2012 – Distrito III.

A Figura 13, a seguir, aponta a localização aproximada das UBS em Cascavel-PR

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças com idade inferior a 12 anos. Inicialmente, a faixa etária prevista no projeto era até cinco anos. Contudo, ao consultar as bases de dados dos serviços para obtenção da população, os registros dos municípios, além de diferentes, compreendiam faixas etárias distintas.

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.

Considera-se o erro amostral ε no intervalo de confiança para a proporção p ao nível de

confiança de 95%, para população finita, é dado pela expressão: $\varepsilon = z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{p \cdot (1-p)}{n}} \cdot \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$

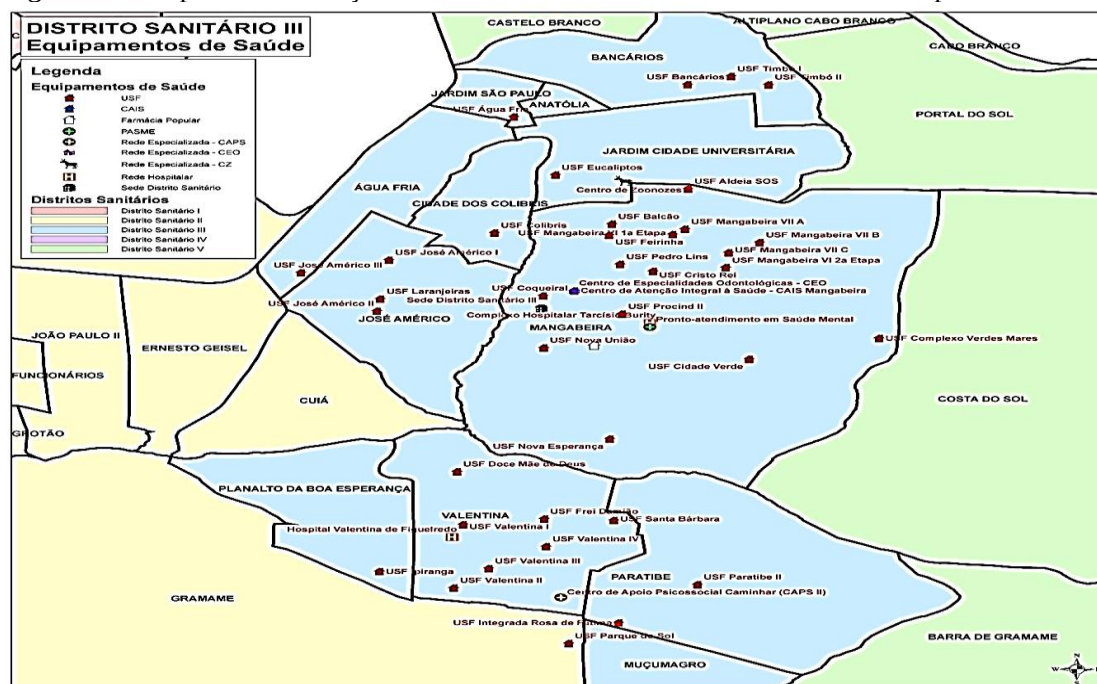
, adotando-se $\varepsilon = 3,286\%$, estimativa de $p = 0,5$ para uma população finita (famílias cadastradas nas U.S.), $N = 54.763$, obteve-se para o cálculo do tamanho de amostra:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p(1-p) \cdot N}{\varepsilon^2 \cdot (N-1) + z_{\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)} = 875 \text{ famílias}$$

Adotou-se uma margem de erro de 3,286%, com grau de confiança de 95%, para obtenção da amostra de familiares participantes da entrevista.

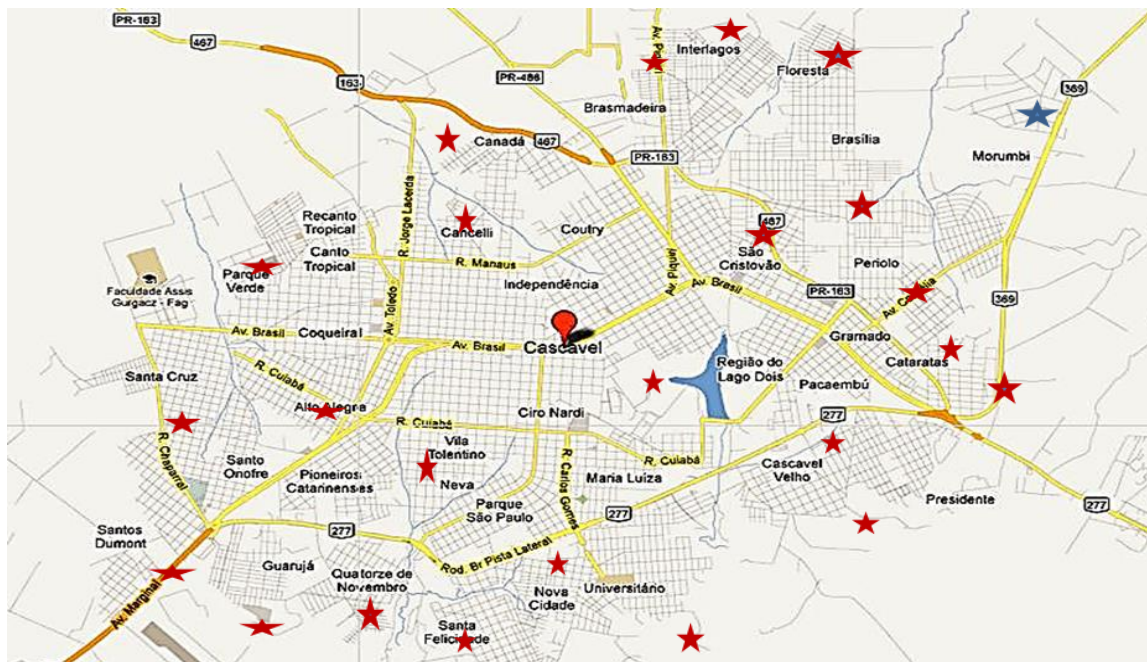
Em João Pessoa, a fonte de dados foi o Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, com estratificação diferente de faixas etárias, conforme segue: menores de um ano, de um a quatro anos, de cinco a nove anos e de dez a quatorze anos e assim por diante. Para este estudo, foi definida a inclusão da população até dez anos. Essa definição se deu porque ao

Figura 12 - Mapa da distribuição dos bairros do Distrito Sanitário III do município de João Pessoa-PB



Fonte: Geoprocessamento SMS-JP, 2012.

Figura 13 - Mapa de distribuição das UBS urbanas no município de Cascavel-PR



Fonte: Google Maps, dados cartográficos do município de Cascavel-PR, 2012

incluir a faixa etária até quatorze anos poderia ser superestimada a população de crianças atendidas aumentando a população deste estudo, o que influenciaria na definição da amostra.

Em Cascavel-PR, a fonte de informações foi originada pelo Serviço de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde a partir dos dados encontrados no Departamento de Informática do SUS no Programa de Tabulação para Windows - DATASUS-TABWIN do MS Brasileiro, com relatórios produzidos por procedimentos, para crianças com idade até doze anos incompletos.

Primeiramente, foi realizada pesquisa nos registros das unidades de saúde (UBS e USF) para o levantamento do número de atendimentos de crianças, num período de seis meses anteriores à etapa de coleta de dados da pesquisa, definido como o período de julho a dezembro de 2011, com o intuito de calcular a amostra. O número de atendimentos em João Pessoa, nas USF's do Distrito Sanitário III (DS-III) para a faixa etária até 10 anos, foi de 21.486. Nas UBS's da área urbana de Cascavel-PR, foram recebidos 34.369 atendimentos. A amostra estratificada por município deste estudo é de 875 cuidadores entrevistadas, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Número de população e amostra segundo as regiões João Pessoa- PB e Cascavel- PR, 2012-13.

LOCALIZAÇÃO	População n	Amostra n
João Pessoa	21 486	344
Cascavel	33 277	531
TOTAL	54.763	875

Fonte: Coordenação do projeto multicêntrico, a partir do DATASUS/TABWIN e SIAB, 2012.

Para o município de João Pessoa, a amostra estratificada entre as unidades com equipes de saúde da família do DS-III, está apresentada na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Amostra estratificada em relação à população segundo as unidades do Estudo. Distrito Sanitário III – João Pessoa- PB, 2013

Localização no DS-III	USF/nº equipe	Equipes atuantes	População n	Amostra n
Mangabeira	USF Nova Esperança Integrada (04)	Nova esperança	373	06
		Tijolão	391	06
		Ambulantes	399	06
		Colégio Invadido	184	03
Cidade Verde	USF Nova União Integrada (04)	PSF – União	246	04
		Prosind I	333	05
		Mangabeira IV (Por Dentro)	582	08
		Panorâmica	340	05

	USF Cidade Verde – Integrada (04)	Cidade Verde IV Cidade Verde V Cidade Verde VI Projeto Mariz	180 652 343 151	03 11 05 02
	USF Verdes Mares Integrada (03)	Cidade Verde I Cidade Verde II Cidade Verde III	879 386 150	17 06 02
	USF Mangabeira Integrada (04)	Balcão Feirinha Pedro Lins Coqueiral	308 368 487 206	05 06 08 03
	USF (01)	Cristo Rei	330	05
	USF (01)	Mangabeira VI 1ª Etapa	554	09
	USF (01)	Prosind II	173	03
	USF Quatro Estações Integrada (04)	Mangabeira VI 2ª etapa Mangabeira VII A Mangabeira VII B Mangabeira VII C	394 445 220 371	06 07 04 06
Valentina	USF Rosa de Fátima Integrada (04)	Mussumago I Mussumago II Paratibe I Sonho Meu	336 358 478 569	05 06 08 09
Paratibe	USF (01)	Valentina I	575	09
Mussumago	USF (01)	Valentina II	243	04
	USF (01)	Valentina III	257	04
	USF Caminho do Sol Integrada (03)	Frei Damião Santa Bárbara Valentina IV	446 142 371	07 02 06
	USF (01)	Doce Mãe de Deus	722	14
	USF (1)	Parque do Sol	376	06
	USF (01)	Paratibe II	496	08
	USF Ipiranga Integrada (03)	Monte das Oliveiras C Boa Esperança Girassol	315 258 595	05 04 11
Bancários	USF (01)	Bancários	418	07
Jardim Cidade	USF (01)	Timbó I	652	11
Universitária	USF (01)	Timbó II	842	14
Anatólia	USF (01)	Água Fria	447	07
Jardim São Paulo	USF (01)	Eucalipto	581	09
	USF (01)	Aldeia SOS	456	07
José Américo	USF (01)	José Américo I	370	06
	USF (01)	Colibris	468	07
	USF José Américo Integrada (04)	Laranjeiras José Américo II José Américo III	449 384 168	07 06 03
TOTAL GERAL			21486	344

Fonte: SIAB, 2012 e SMS-JP⁽²²⁹⁾ (elaboração própria)

Para o município de Cascavel, a amostra estratificada entre as unidades básicas de saúde urbanas está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Amostra estratificada em relação à população do estudo em Cascavel-PR, segundo a UBS, 2013.

Localização	UBS	População N	Amostra n
Aclimação	Aclimação	1 160	18
Cancelli	Cancelli	1 486	24
Cascavel Velho	Cascavel Velho	2 285	36
Cataratas	Cataratas	1 978	32
Claudete	Claudete	1 021	16
Colmeia	Colmeia	1 119	18
CSU São Cristóvão	CSU São Cristóvão	1 346	21
Faculdade	Faculdade	1 935	31
Guarujá	Guarujá	1 138	18
Brasmadeira	Brasmadeira	1 990	32
Los Angeles	Los Angeles	1 552	25
Pacaembu	Pacaembu	1 235	20
Palmeiras	Palmeiras	727	12
Pq São Paulo	Pq São Paulo	1 057	17
Pq Verde	Pq Verde	1 061	17
Periollo	Periollo	1 189	19
Santa Cruz	Santa Cruz	2 773	44
Santa Felicidade	Santa Felicidade	1 578	25
Santos Dumont	Santos Dumont	520	8
Vila Tolentino	Vila Tolentino	1 303	21
XIV de novembro	XIV de novembro	1 611	26
Floresta	Floresta	1 836	29
Interlagos	Interlagos	1 377	22
Total geral		33 277	531

FONTE: SMS de Cascavel-PR⁽²³⁰⁾ -DATASUS-TABWIN, 2012 (elaboração própria).

4.4 Critérios de Inclusão

Os registros de consultas para a população, na faixa etária do estudo, foram incluídos para análise do número de atendimentos, com vistas à obtenção da população que definiu a amostra da pesquisa.

Para a aplicação dos instrumentos, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Ser residente em área urbana dos municípios;
- Ter condições para ser o respondente do formulário, tais como, capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- O acompanhante da criança, na unidade de saúde, deveria ser seu principal cuidador;

- A idade da criança, até dez anos em João Pessoa e até doze anos em Cascavel;
- O cuidador/respondente deveria conhecer a unidade que iria avaliar (foi incluído aquele que levou a criança para atendimento naquela determinada unidade do atendimento atual por, pelo menos, duas vezes);
- Apenas respondentes moradores na área de abrangência das unidades;
- Moradores respondentes residentes fora da área de territorialização da área adscrita, mas que utilizavam aquele serviço por opção, foi mantido no município de Cascavel, (por existir esse tipo de acesso às unidades de saúde na sua organização dos serviços). Em João Pessoa, os acessos às unidades não mantêm esse tipo de atendimento, e o acesso aos serviços ocorre para a população cadastrada em microáreas do setor.

4.5 Critérios de Exclusão

Estabeleceram-se como critérios de exclusão:

- Familiares de crianças procedentes de outro município dos respectivos Estados em estudo ou da área rural;
- Familiares que utilizavam esporadicamente a unidade para finalidades específicas, com imunização, por exemplo, mas não conheciam o contexto do serviço.

4.6 Instrumento e Coleta dos Dados

Definida a amostra para aplicação do formulário PCATool-Brasil versão criança, os pesquisadores fizeram a aplicação dos formulários nas unidades de saúde, juntamente com alunos dos cursos de enfermagem e medicina das respectivas instituições participantes da pesquisa, alunos de pós-graduação *lato sensu* em saúde pública e enfermagem dos respectivos municípios bem como os de mestrado e doutorado. Todos os integrantes, pesquisadores e alunos, passaram por um processo de capacitação para participarem da coleta de dados.

Foram aplicados dois questionários: o primeiro, elaborado pelos pesquisadores para caracterização dos dados socioeconômicos e demográficos das famílias (Apêndice A) e o segundo, o instrumento de avaliação da APS-PCATool-Brasil versão criança^(4,185) (Anexo I). Para melhor contextualização das unidades de saúde foi realizada uma coleta de informações elaborada pela coordenação do projeto (Apêndice B).

Para aplicação dos questionários, os familiares das crianças foram selecionados por conveniência na fila de espera para consulta médica ou puericultura (medicina e enfermagem), no período de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. Ao fazer o contato com os familiares na unidade de saúde, foi verificado se eles contemplavam os critérios de inclusão, explicados sobre a pesquisa, e indagou-se sobre a possibilidade de sua participação, iniciando pelo último familiar da fila de espera. Caso esse familiar recusasse o convite, voltava-se para o imediatamente anterior, e assim sucessivamente, até completar a cota amostral estabelecida para cada unidade. Essa sistemática foi realizada a cada dia da pesquisa. Em seguida, foi aplicado o instrumento de coleta na sala de espera da unidade ou outro local à disposição, de acordo com as distintas realidades locais.

O PCATool - Brasil versão criança possui 55 questões, das quais 52 são para mensurar os atributos essenciais aos aspectos de estrutura e processo e os derivados da APS, e 3 questões aferem o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde como componente estrutural do atributo longitudinalidade.

As respostas são do tipo Likert, com intervalos que variam de 1 a 4 (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim) para cada item que compõe o atributo, e a cada resposta o instrumento atribui um valor. O instrumento descreve uma opção, **não sei/não lembro**, para a qual se atribuiu o valor = 9. Durante a análise, obedeceram-se as orientações do manual do instrumento em relação ao cálculo dos escores dos atributos da APS⁽⁴⁾. A partir dessas respostas, foram calculados escores de cada atributo avaliado e o escore geral sobre a qualidade dos serviços de APS, a partir da voz do usuário do serviço.

Para a coleta de dados secundários, foram realizadas pesquisas em *site* de dados estatísticos como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, o Índice de desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, IDH dos Estados Brasileiros, IBGE e os *sites* do Ministério da Saúde referentes aos sistemas de informação dos serviços de saúde. As informações agregadas ao estudo referiam-se aos dados encontrados nestes sistemas de informação que caracterizaram os municípios, e sistemas de saúde local, bem como, referente à população infantil. Como o resultado dessas pesquisas, em relação à criança, apresentaram escassas e repetidas informações, voltadas para indicadores de saúde, utilizou-se as que representaram o estado de saúde infantil, mantendo a obtenção dos mesmos dados para ambos os serviços de saúde dos municípios.

4.7 Variáveis:

No estudo dos elementos estrutura e processos foram analisadas as variáveis que compõe o formulário PCATool-Brasil versão criança a esses componentes, as quais listam-se a seguir: *longitudinalidade* (grau de afiliação com o serviço de saúde e longitudinalidade do cuidado), *acesso de primeiro contato* (acessibilidade e utilização), *integralidade* (serviços disponíveis e serviços prestados), *coordenação* (sistema de informações e integração de cuidados), como atributos essenciais. Nos atributos derivados *orientação familiar* e *orientação comunitária*, para aferição do grau de orientação da APS, foram consideradas as variáveis, enquanto qualidade do serviço: escores essencial e geral da APS. A Figura 7 dispõe os atributos essenciais com o componente estrutural e processual e os derivados da APS, de acordo com os itens do instrumento da coleta de dados.

Quadro 8- Atributos essenciais e derivados da APS e os componentes estruturais e processuais da atenção à saúde da criança.

Atributos Essenciais	Componentes: Estrutural	Itens no PCATool	Componentes: Processual	Itens no PCATool
Longitudinalidade	Grau de Afiliação	A1 A2 A3	Longitudinalidade	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14
Acesso ao Primeiro Contato	Acessibilidade	C1 C2 C3 C4 C5 C6	Utilização	B1. B2. B3
Integralidade	Serviços disponíveis	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9	Serviços Prestados	H1 H2 H3 H4 H5
Coordenação	Sistemas de Informação	F1 F2 F3	Integração de cuidados	E2 E3 E4 E5 E6
Atributos Derivados		Itens no PCATool Brasil		
Orientação Familiar		I1 I2 I3		
Orientação Comunitária		J1 J2 J3 J4		

Fonte: Instrumento de Avaliação PCATool-Brasil versão criança, 2004⁽⁴⁾.

As seguintes variáveis foram utilizadas para obter as características socioeconômicas e demográficas das famílias: número de filhos, intervalo interpartal, cuidador principal da criança, idade, anos completos de estudo e ocupação dos pais da criança, situação conjugal, renda familiar aproximada, principal responsável pela renda da família, quantas pessoas dependiam desta renda, eletrodomésticos existentes no lar, tipo de moradia, quantidade de

cômodos, abastecimento de água, rede de esgoto, eletricidade doméstica, coleta de lixo e meio de transporte mais utilizado pela família.

As variáveis referentes aos dados secundários foram as informações, índices e indicadores epidemiológicos relacionados aos aspectos demográficos e organizações dos municípios e seus sistemas de saúde.

4.8 Análise dos Dados

Para a análise dos resultados referentes ao instrumento PCATool, os dados foram tabulados em planilhas *Excel* para avaliar os escores essencial e geral da APS, sendo apresentados em Tabelas para posterior comparação. Utilizou-se do auxílio de *software SPSS* – versão 13, para a análise de banco de dados construído.

O escore final de cada um dos indicadores do instrumento PCATool-Brasil versão criança foi dado pela média das respostas dos entrevistados, de acordo com o manual referido.

Para calcular os escores dos itens de cada elemento dos atributos, utilizaram-se as diretrizes do Manual do PCATool, versão criança⁽⁴⁾, que indica a seguinte regra de inversão de valores: se para um entrevistado, a soma das respostas em branco (respostas 9) atingir 50% ou mais, não serão calculados o escore desse entrevistado para esse componente. Caso a soma das respostas 9 for inferior a 50% do total, o valor 9 deverá ser transformado em 2 para o entrevistado em questão. Essa transformação faz-se necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo usuário.

O escore de cada um dos itens que compõem cada atributo foi dado pela média das respostas dos respondentes. O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais divididos pelo número de componentes, conforme a fórmula: $(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8^{(4)}$.

O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais somados aos atributos derivados, divididos pelo número total de componentes: $(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10^{(4)}$.

A estrutura da longitudinalidade foi avaliada pela média do grau de afiliação, o qual também é componente, com três itens (A1; A2 e A3), desse instrumento de avaliação. Para o escore desse componente, utilizou-se o seguinte algoritmo⁽⁴⁾:

1. Todas as respostas não: A1=A2=A3=0, grau de afiliação = 1;

2. Uma, duas ou três respostas sim, porém diferentes: $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, grau de afiliação = 2;
3. Duas respostas sim iguais, relativas ao mesmo serviço: $A1 = A2$ ou $A1 = A3$ ou $A2 = A3$, grau de afiliação = 3;
4. Todas as respostas sim e relativas ao mesmo serviço: $A1 = A2 = A3 = 1$, grau de afiliação = 4.

Os valores obtidos para os escores foram transformados numa escala entre 0 e 10, conforme segue: **(escore obtido-1) X10/3⁽⁴⁾** (Anexo III).

Dessa forma, originando valor de ponto de corte ≥ 3 (6,6 quando o valor for transformado na escala de 00 a 10) como satisfatório ou como serviço orientado para a APS, ou seja, índices deste ponto equivalem às respostas provavelmente não; com certeza não e não sei/não lembro do PCATool, portanto, respostas negativas para o atributo^(191,234).

As hipóteses testadas estão sendo de semelhança ou não semelhança entre os indicadores dos municípios e diferentes tipos de modelos de atenção (UBS, ESF). Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre entrevistados dos diferentes municípios.

As hipóteses estatísticas envolvidas em todos os testes foram:

H_0 : Os escores do item em questão independem do serviço.

H_1 : A escolha do item em questão está associada ao serviço.

Nível de significância dos testes foi de $\alpha = 0,05$.

4.8.1 Análises estatísticas inferenciais:

- ♦ Teste de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov): teste não paramétrico para verificação da normalidade da distribuição probabilidade de uma variável quantitativa. Compara a distribuição de frequência amostral acumulada da variável quantitativa considerada com a função de distribuição acumulada da normal padronizada.
- ♦ Teste de Levene para comparação de variâncias: teste paramétrico para comparação da igualdade das variâncias populacionais (homocedasticidade). Usa a estatística F de Snedecor, graus de liberdade, g.l = (v_1 , v_2) como estatística de teste.
- ♦ ANOVA: Teste paramétrico para comparação das médias de três ou mais grupos independentes. Usa a estatística F de Snedecor, graus de liberdade, g.l = (v_1 , v_2) como estatística de teste. Pressupostos básicos: a) os erros são variáveis aleatórias

independentes; b) a variância é constante; e c) a distribuição dos erros é normal ou aproximadamente normal.

- ◆ Teste Post-hoc de Dunnett (comparações múltiplas), letras diferentes (ex. $a \neq b$), diferença significativa entre as médias, usado quando o teste de *Krurskal-Wallis* (ANOVA não paramétrica) resultou significância valor- $p < 0,05$.
- ◆ Teste t para comparação de duas amostras independentes: teste paramétrico para comparação das médias de duas amostras independentes. Usa como condições ou premissas a normalidade e a homocedasticidade (igualdade de variâncias) dos dados.
- ◆ Teste U de Mann-Whitney para comparação de duas amostras independentes: teste não paramétrico correspondente ao teste t, utiliza “*distribuição livre*” não necessita da condição de normalidade e homocedasticidade dos dados.
- ◆ Teste de associação de χ^2 – teste não paramétrico para Tabela de dupla entrada *r-linhas x s-colunas*. Mede a existência ou não de associação entre duas variáveis categóricas, em particular é usado em Tabela de contingência 2x2 para variáveis dicotômicas.

A análise do questionário com os dados sócio demográfico ocorreu através de avaliação da frequência simples analisando o total da amostra, e os dados dos municípios, separadamente. Posteriormente, os dados obtidos foram comparados aos resultados dos indicadores utilizados no Índice de desenvolvimento humano (IDHM) dos municípios e aos objetivos do desenvolvimento do milênio (ODM). Na comparação com os escores essenciais e geral do instrumento PCATool Brasil versão criança, utilizou-se dos teste T; Teste de homogeneidade de variância; Teste de associação de Qui-Quadrado; ANOVA one-way (paramétrica); descritos acima.

Nos planos municipais de saúde (PMS) de João Pessoa-PB⁽²³³⁾ e Cascavel-PR⁽²³⁰⁾ foi realizada análise documental contemplando principalmente, a gestão entre os anos 2010-2013, e quando necessário os períodos anterior e posterior a esta gestão, bem como, seus respectivos relatórios anuais de gestão (RGA) do período citado.

4.9 Questões Éticas da Pesquisa

A pesquisa atende às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-CAAE nº 01295412.2.1001.0107 (Anexo II) e obteve parecer favorável nº 44/2012 do CEP UNIOESTE (Anexo IV).

Para acesso aos dados de relatórios de atendimentos realizados nas UBS e USF dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR, obteve-se autorização formal das Secretarias Municipais de Saúde desses municípios, através do Termo de Aceite do responsável pelo campo de estudo (Anexo V e VI). Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos resultados, foram contextualizados os seguintes itens:

1– Perfil dos sistemas municipais de saúde quanto à organização da atenção básica em João Pessoa-PB e Cascavel-PR;

2- Avaliação dos componentes de estrutura e processo nas diferentes unidades de saúde, USF e UBS tradicional no contexto dos modelos de atenção primária e da saúde da criança;

3-Avaliação do perfil sociodemográfico das famílias de crianças atendidas nas unidades de saúde nos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR comparando com os resultados obtidos pelos municípios na avaliação do IDH 2012;

4-Comparação dos escores essenciais e gerais da APS com o perfil das famílias das crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR;

5- Avaliação da efetividade dos atributos da dimensão processual e estrutural comparando aos resultados dos determinantes sociais da saúde infantil dos municípios apresentados em planos municipais de saúde e relatórios anuais de gestão.

A Figura 14 configura a estrutura da disposição dos resultados do estudo.

5.1 *Perfil dos sistemas municipais de saúde quanto à organização da atenção básica em João Pessoa-PB e Cascavel-PR*

Os municípios representam duas realidades diferentes quanto ao aspecto social, econômico, político, cultural e histórico, principalmente no que se refere ao sistema de saúde local. Realiza-se a comparação dos dois contextos político institucional da organização da atenção básica, por suas informações oficiais, seus índices e os indicadores epidemiológicos dos sistemas locais de saúde trazidos pela análise documental dos instrumentos do processo de planejamento, de acompanhamento e de avaliação de resultados da gestão municipal no SUS, os planos de saúde e os relatórios de gestão dos respectivos municípios⁽²¹²⁻²¹³⁾.

Salienta-se que a gestão da SMS-JP estava em seu segundo mandato municipal no período compreendido entre 2010-2013, dando seguimento a um processo de mudanças direcionado ao Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão⁽²³⁸⁾ organizado no PMS-JP 2005-2009⁽²²²⁾, e, posteriormente, avaliadas e discutidas as ações a serem priorizadas e prosseguidas para as mudanças na atenção à saúde e o contexto da construção do PMS-JP

2010-2013. A gestão da SESAU-Cascavel-PR já havia tido um mandato anterior entre 2000 e 2004,

mas a partir de 2010 inicia um processo de mudanças e adequação do sistema de saúde ao Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão⁽²³⁸⁾ na rede de serviços de Cascavel-PR, configurado no PMS-Cascavel-PR 2010-2013.

5.1.1 Planos Municipais de Saúde

O plano Municipal de Saúde é de responsabilidade dos municípios e deverá ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde. O seu conteúdo contempla a agenda de saúde municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como, um quadro de metas, mediante acompanhamento dos Relatórios de Gestão⁽²³⁹⁾.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 de João Pessoa⁽²³³⁾ apresenta-se como uma construção colegiada, com um conjunto de preposições políticas do governo municipal na área da saúde, para atender aos problemas e necessidades de saúde da população do município, considerando princípios e diretrizes da política de saúde nacional e estadual.

O PMS-JP 2010-2013⁽²³³⁾ se traduz em um instrumento de intenções e de resultados expressos em objetivos, diretrizes e metas, aliada ao monitoramento e avaliação da execução das suas ações, sua eficácia e sua efetividade, possibilitando rearranjos no contexto dos parâmetros traçados com revisão periódica de objetivos e metas. O PMS-JP foi estruturado em partes: o diagnóstico; os princípios e diretrizes políticas do SUS e os compromissos do governo municipal; e os módulos operacionais para a gestão. O contexto da sua fundamentação refere-se ao Plano Plurianual do então governo municipal de João Pessoa, tendo como orientação estratégica na gestão de saúde pública o cuidado integral e humanizado no SUS⁽²³³⁾.

O plano municipal de saúde 2010-2013 de Cascavel-PR⁽²³⁰⁾, apontado como plano estratégico para a saúde do município, teve na Secretaria Municipal de Saúde a busca por subsídios sobre a estrutura e o conteúdo; como também, o processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação desse plano. Seus elementos essenciais, os objetivos, as diretrizes e as metas estão estruturados em: Linhas de atenção à Saúde; Condições de saúde; Gestão em saúde; e Investimento em saúde.

O PMS 2010-2013 de Cascavel-PR visou como diretrizes estabelecidas, a articulação das etapas de implementação dos desafios da gestão realizada por acompanhamento de indicadores, criação de espaços de diálogo com a sociedade civil e a combinação dessas com as ferramentas de gestão governamental. Os eixos de orientação propostos para a execução do

PMS 2010-2013 foram: redução das desigualdades em saúde; a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; a redução dos riscos e agravos; a reforma do modelo de atenção e, o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e do controle social. Visualiza-se a prioridade no plano de saúde em Cascavel-PR de realização de uma efetiva pactuação entre união, estados e municípios por um Pacto de Gestão e responsabilidades sanitárias.

5.1.2 Organização Política Institucional da Secretária Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa criada pela Lei nº 26 de 23 de dezembro de 1959 e o decreto 363 de 10 de dezembro de 1971⁽²⁴⁰⁾ apresenta-se no PMS 2010-2013 gerindo um projeto político de garantia e efetivação do direito à saúde. Diante disso, a SMS-JP assume como base da sua organização e seu funcionamento as necessidades do usuário-cidadão e a busca permanente do cuidado universal, trazendo os princípios da integralidade e qualidade da atenção, em todos os campos da prevenção e promoção à saúde, recuperação e reabilitação de agravos. Para tanto, afirma-se que a SMS-JP busca desenvolver uma política centrada no usuário e na gestão do cuidado, objetivando organizar sua rede de atenção à saúde, pontuando nas suas diretrizes a humanização, o acolhimento, a produção de vínculo e a participação popular⁽²²²⁾.

A SMS de João Pessoa encontra-se como a responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem a promoção de uma saúde de qualidade ao usuário do SUS. A sua responsabilidade constitucional com as necessidades e direitos dos usuários do SUS são assumidos textualmente desde o Plano Municipal de Saúde 2006-2009⁽²²²⁾, realizado pela gestão municipal de saúde em seu primeiro mandato, constando também nos relatórios anuais de gestão 2010⁽²⁴¹⁾ e 2012⁽²²⁹⁾.

Para a SMS-JP, a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de suporte. Esta consiste em um movimento de transformação das práticas do setor, através do comprometimento de gestores, trabalhadores, instituições formadoras, usuários do SUS e movimentos sociais, que atuam na identificação de problemas e na cooperação para a resolução dos mesmos, visando a integralidade da atenção e a reestruturação municipal do SUS⁽²⁴²⁾.

Partindo desse aspecto da EPS, a SMS-JP realiza movimentos de aprendizagem no trabalho com a identificação e participação dos diversos atores, que, em conjunto, são

responsáveis pelo desenvolvimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, pilares fundamentais do sistema único de saúde. Essa construção e a institucionalização da política de EPS, na rede municipal, são entendidas por seus atores sociais como uma estratégia de gestão, envolvendo a aprendizagem cotidiana nos serviços e ações, a fim de construir o cuidado integral em saúde⁽²³³⁾.

A Secretária Municipal de Saúde de Cascavel-PR (SESAU), a partir de 2010, passa por uma reorganização técnica e administrativa objetivando o redirecionamento da prática de trabalho, através da análise dos problemas locais de saúde e elaboração de plano de ação para cada um dos seus serviços, com intuito de organizar e subsidiar o seu desenvolvimento e crescimento, incluindo o envolvimento de suas unidades de saúde. A SESAU organizou-se em departamentos, a saber, Administrativo, de Atenção à Saúde e de Vigilância em Saúde. O Planejamento em saúde da gestão de 2010-2013 visa propor um grande objetivo para a SESAU relacionado ao cumprimento do direito constitucional à saúde, compreendendo a redução de riscos e agravos e ao acesso universal e igualitário às ações, assegurando a equidade na atenção à saúde com promoção, proteção e recuperação da saúde, o que consta no plano municipal de saúde 2010-2013⁽²³⁰⁾.

A SESAU ergue o entendimento da complexidade e desafios da atenção à saúde, na qual exige esforços tanto no campo da pesquisa como na tradução sistemática do conhecimento das políticas públicas para obtenção de uma atenção à saúde forte como essencial para um sistema de saúde efetivo⁽²³⁰⁾.

5.1.2.1 A Gestão Municipal no SUS

A gestão administrativa da SMS de João Pessoa, a partir de uma proposta de descentralização político administrativa da saúde em direção única, colocou o município em três tipos de gestões: *Incipiente* (Portaria 109 de 27/06/1994); *Semiplena* (27/01/1997) e a *Gestão Plena do Sistema* (Portaria 2801 de 14/05/1998). Com a Gestão Plena de Sistema, ocorreram sucessivas classificações de modalidades gestacionais acompanhando as mudanças propostas pelo Sistema Único de Saúde no âmbito municipal⁽²⁴³⁾. Entre elas, as alterações técnicas e políticas das ações na área de saúde que se firmaram em 13 de setembro de 1999 com o repasse pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba para o município de João Pessoa da Gestão da Fração de Assistência Especializada⁽²⁴⁴⁻²⁴⁵⁾.

Em 2002, o município recebeu a habilitação plena do sistema pela NOAS/SUS-

2002⁽²⁴⁶⁾, adequando-se ao desenho da Regionalização da Assistência e assumindo a gestão de todos os serviços existentes no seu território, o fluxo de referências complementares, e a prestação de serviços negociadas na Programação Pactuada e Integrada-PPI⁽²⁴⁷⁾.

Em 2003, a portaria ministerial nº 384 de 04 de abril de 2003⁽²³⁹⁾, modifica os critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados, da NOAS SUS 01/2002, determinando alterações para que os municípios no Brasil possam ser habilitados nas seguintes condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (**GPAB-A**) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (**GPSM**). Cada um dos processos, com responsabilidades e requisitos definidos.

A responsabilidade de João Pessoa com essa portaria enquanto habilitado na GPSM^(222,233,239), só é modificada com o Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão (2006) proposto para a consolidação do SUS⁽²⁴⁸⁾. Esse pacto defendeu a política de cuidados progressivos do sistema de saúde para garantir à população o acesso à rede de atenção básica, como também a atenção de média e alta complexidade ou especializada de referência, a assistência hospitalar e a vigilância em saúde^(222,231,241,249).

Com o pacto pela saúde, as mudanças propostas enquanto diretrizes aos municípios são significativas na execução do SUS a partir da substituição do processo de habilitação pela adesão solidária de municípios aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG passa assim a substituir a habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada esfera da federação com renovação anual, e estabelecimento de prioridades a serem alcançadas nos seus resultados, como também, a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração dos repasses dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos que até o momento, havia com os municípios, e o fortalecimento da atenção básica⁽²⁴⁸⁾.

Para atender ao pacto pela saúde de 2006, o município de João Pessoa apresentou o PMS-JP 2006-2009 em setembro do ano de 2006, uma proposta de construção de rede de cuidados progressivos à saúde em busca de uma ruptura com o conceito de sistema verticalizado, trabalhando com a ideia da articulação entre as ações e serviços de saúde em serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais. Para isso, foi ressaltado como estratégia, metas com contextos e histórias de vida adequando-se ao acolhimento dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, dando ênfase às populações mais carentes, numa gestão articulada entre as três esferas de governo em um sistema de monitoramento e avaliação em torno de parâmetros traçados⁽²²²⁾.

Salienta-se neste contexto da atenção à saúde do município de João Pessoa-PB, o entendimento de *acesso à saúde* trazida para a implementação das políticas explanadas no

PMS-JP 2006-2009⁽²²²⁾, enquanto parte de ideias-força de blocos organizativos de prioridade da gestão, e o acolhimento, como dispositivo de mudança. Assim sendo, a gestão baseou-se na garantia de acessibilidade universal a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde numa reorganização do processo de trabalho, tendo como eixo central, a equipe multiprofissional no bloco de atenção básica em saúde.

Essa reorganização do processo de trabalho também marca o PMS 2010-2013, fundamentado no plano plurianual do governo municipal, nos resultados do PMS-JP anterior, das conferências de saúde, nos relatórios anuais de gestão, nos compromissos da adesão ao TCG e ao pacto pela vida, entre outros. Assumindo como orientação estratégica: a gestão de saúde pública; e o cuidado integral e humanizado no SUS de João Pessoa.

O quadro 9 mostra a proposta dessa reorganização do processo de trabalho em módulos operacionais.

Quadro 9- Reorganização do processo de trabalho da SMS-JP/PB 2010 – 2013.

Módulos Operacionais de Atenção	Constituído por eixos de atenção à: Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Pessoa com Deficiência, População Negra, Pessoa Idosa, Criança , <i>Adolescente</i> e Saúde Mental.
Módulo Operacional de Gestão	Composto por eixos de Assistência Farmacêutica, Regulação, Urgência e Emergência, Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Gestão de Informação, Eixo de Gestão Administrativa e Participação Popular.
Módulo da Vigilância em Saúde	Eixos de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e da Saúde do Trabalhador.

Fonte: PMS-JP 2010- 2013

A partir das propostas dos planos de saúde, a gestão municipal apresentou um relatório de Gestão 2005-2008 de João Pessoa-PB, como um desafio, trazendo as dificuldades de implementação de um projeto político no campo da saúde que propôs transformações nas práticas de saúde a partir das necessidades de saúde da população. Aponta-se, entre essas dificuldades, a construção da integralidade, da continuidade do cuidado, dos vínculos e a responsabilização como desafios para um olhar sobre o trabalho em saúde, que não é controlável e está baseado na produção das relações entre gestão e trabalhadores, e entre os trabalhadores e os usuários, no qual depende da ação ativa dessas partes na produção de

conexão na escuta, na apreensão das singularidades da situação vivida e, na efetivação da ação que se faz necessário⁽²⁵⁰⁾.

A partir de 2010 a 2013, os relatórios anuais de gestão de João Pessoa-PB descrevem as ações, as metas e os recursos do município, analisando o impacto dos seus resultados sobre as condições de saúde da população a partir dos objetivos e da programação anual de saúde e o pacto pela saúde/contrato organizativo da ação pública–COAP^(236,251). Esses RAG's estão publicados no Sistema de Apoio ao Relatório Gestão –SUS (SARGSUS-DATASUS).

Os RAG 2011 e 2012 apresentaram uma particularidade: RAG por distritos sanitários, descrevendo fragilidades e condutas adotadas no surgimento dos desafios na produção do cuidado, aos cuidadores e aos trabalhadores do SUS, na prática em saúde de João Pessoa. Diante disso, analisou-se o RAG 2011 e 2012 realizado pelo DS-III^(231,236), local do estudo. Nesses documentos, apresenta-se os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade como fundamentais para assegurar a promoção da justiça social nos espaços de acesso e atendimentos.

No que se refere à gestão administrativa da SESAU de Cascavel-PR a partir de 2007 é a responsabilidade por assumir a gestão municipal das ações básicas em saúde dentro do sistema com o Termo de Cooperação Técnica e Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. A SESAU adota a estratégia de adequar as normas estabelecidas para fundamentar um modelo que arranje sua estrutura de sistema de saúde local. No arranjo desse sistema local de saúde buscou-se o material disponibilizado da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR, ou seja, plano e relatórios municipais de gestão, bem como, programação e relatórios finais de conferências municipais. Sabe-se que, com as pactuações efetuadas em 2007, desenvolvem-se ações para o complexo de redes de atenção local, articulada com a rede especializada de média e alta complexidade ligada às esferas estadual e federal de governo⁽²³⁰⁾, visando assumir gradativamente o comando único sobre todas as ações de saúde.

No entanto, a gestão de saúde relata no PMS 2010-2013 de Cascavel-PR⁽²³⁰⁾ que até o ano de 2012, nós críticos ainda são observados, como a falta de autonomia para gerir a rede e adequá-la com uma proposta ligada à realidade local. Em parte, devido aos problemas financeiros frente à programação de fração especializada que não havia ainda sido repassada para o município, cumprindo a Portaria GM/MS nº 1101/2002 gerou, para o mesmo, enorme desafios financeiros.

Outro desafio referido pela gestão de saúde é em relação à população a ser atendida. Visualizada como economicamente em declínio, e migrando de planos de saúde para o SUS,

tendo por essa razão desconhecimento dos fluxos e perspectiva de atendimento diferenciado diante de um sistema saturado pela demanda. Em contraponto a essa situação, a gestão de saúde menciona haver uma redução significativa de recursos com limites orçamentários para o desenvolvimento contínuo e qualitativo de despesas, das quais depende do custeio de programas e dos investimentos capitais (equipamentos e material permanente; obras e instalações) afetados com a racionalização dos recursos.

Na gestão do trabalho do setor saúde, é referido no PMS 2010-2013 de Cascavel-PR⁽²³⁰⁾ que o nó crítico foi a fuga de profissionais municipais qualificados com pós-graduação por déficit de valorização no Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

Ao mesmo tempo, no documento citado, como pontos positivos do sistema local de saúde de Cascavel-PR, a gestão aponta os aspectos figurados como contrapontos, sendo o primeiro, os investimentos em saúde no município de Cascavel-PR que evidenciam elevação progressiva e geométrica da demanda pelos serviços ofertados no sistema local de saúde.

Outra questão de contraponto, levantada pela SESAU Cascavel-PR é a atuação do Estado a nível municipal, efetivando uma garantia e permanência qualificada de recursos humanos estaduais no setor. Além disso, o município tem buscado alternativas paralelas correlacionadas a investimentos externos de capital, através de emendas parlamentares e convênios firmados em conjunto com outras entidades e priorizando ações e metas para um custo mantedor do financiamento com a gestão na saúde pública. De acordo com a gestão, a interligação dos serviços em uma rede informatizada permite ações estratégicas e participativas como auditoria, ouvidoria e controle social no SUS de forma articulada para a obtenção de resultados garantindo um sistema funcional e sustentável⁽²³⁰⁾.

Diante dos entraves e pontos positivos, a SESAU-Cascavel-PR propôs o processo de reorganização do trabalho no plano municipal de saúde, explanado no quadro 10:

Quadro 10- Reorganização do processo de trabalho SESAU Cascavel-PR

Módulo operacional de atenção em saúde	Constituído por sete linhas distintas de atenção à saúde: Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção às Urgências, Saúde Bucal, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico.
Eixos estruturantes das ações	Reorganização da Prática Assistencial: Fortalecendo a Atenção Básica, desinstitucionalizando as práticas sanitárias com desenvolvimento de modalidades assistenciais alternativas à prática hospitalar.

	Qualificação das ações e serviços oferecidos: humanização do atendimento, promovendo-se maior acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde.
--	--

Fonte: Plano municipal de Saúde Cascavel- PR 2010-2013

O relatório anual de gestão (RAG) de 2010 a 2012 proporciona a avaliação dos resultados alcançados por meio da implantação e implementação de estratégias regionais de planejamento em saúde baseada na análise de uma Pactuação Unificada entre o município e o Estado, bem como, o cumprimento do Plano Municipal de Saúde de Cascavel-PR 2010-2013.

Em linhas gerais, as metas nos RAG's avaliados de Cascavel-PR apresentam diferentes resultados. A meta de qualificação e humanização para a atenção à saúde apresentam como resultados a referência de ações que foram obtidas parcialmente. A meta de expansão e consolidação da atenção básica em saúde apresenta algumas realizações como o processo de informatização para as unidades básicas em saúde; a construção/revitalização da estrutura física das mesmas; a compra de recursos materiais e de equipamentos para atendimento ao usuário e a realização de ações, processos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Nesse contexto de ações realizadas em Cascavel-PR no período de 2010 a 2012, destaca-se as ações voltadas para a área da saúde da criança: parceria com banco de leite para orientação aos profissionais; incentivo ao aleitamento materno nas UBS; diminuição da morbimortalidade na gravidez, parto e puerpério; comitê de prevenção da mortalidade materna e infantil; combate às doenças preventivas por imunização; controle de doenças diarreicas, parasitárias, infecciosas prevalentes na faixa etária de 0 a 4 anos de idade; puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade; saúde escolar; combate às carências nutricionais etc.⁽²⁵²⁻²⁵³⁾.

Cascavel-PR ainda obteve resultados realizados ou parciais nas ações de reorganização do módulo operacional de atenção em saúde nas áreas de saúde bucal, saúde mental, nas urgências, na assistência farmacêutica e nos serviços de apoio diagnóstico como também nas ações voltadas para as condições de saúde, principalmente a vigilância em Saúde a partir de uma estruturação da vigilância ambiental e reestruturação da vigilância epidemiológica e sanitária⁽²⁵²⁻²⁵³⁾.

Em relação à Gestão em Saúde, os RAG's de Cascavel-PR trazem como objetivos: aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS com o fortalecimento da gestão, as pactuações e negociação para o atendimento das necessidades e demandas regionais e locais; a garantia de participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão de serviços; a

participação ativa das esferas federal, estadual e municipal na definição de montantes de recursos para ações e serviços de saúde; fortalecimento de uma gestão democrática do SUS; e a otimização dos recursos financeiros.

Nesse intuito, configuram-se metas direcionadas para a qualificação e humanização na gestão do SUS; o fortalecimento da gestão do trabalho no SUS; a revisão à lógica de alocação de recursos; os aprimoramentos dos processos de participação social do SUS; a construção da rede de informações para a gestão do SUS e a atenção integral à saúde; o monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros do SUS; bem como, o planejamento e ações de gestão em saúde. Com resultados entre ações realizadas ou parcialmente realizadas.

5.1.2.2 A Organização da rede de serviços de saúde dos municípios no SUS

Observando os dois municípios quanto à organização do setor saúde e sua rede de serviços no SUS, no período de 2010-2013, encontram-se características básicas que os diferenciam. Essas são apresentadas em linhas gerais no quadro 11.

Quadro 11 - Organização da rede de serviços de saúde dos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR 2010-2013.

Organização no SUS	João Pessoa- PB (14)	Cascavel- PR (15)
Região administrativa de saúde	1ª Sede administrativa da GRS*- João Pessoa	10ª Sede da Região Administrativa de Saúde - Cascavel
Regionais de Saúde (RS)	13ª RS da PB	10ª RS do PR
Jurisdição na GRS	65 municípios	24 municípios
Organização Municipal do SS	Secretaria Municipal de Saúde (SMS-JP), subordinada à Prefeitura de João Pessoa-PB.	Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), subordinada à Prefeitura de Cascavel-PR.
Tipo de Gestão no SUS	Gestão plena do sistema municipal em saúde a partir de 1998.	Gestão municipal das ações básicas em saúde dentro do sistema a partir de 2007.
Foco central da política de saúde	Educação Permanente em Saúde; centrada no usuário e na gestão do cuidado.	Garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde.
Rede de atenção à saúde	Organizada por 05 distritos sanitários nos 03 níveis de atenção em saúde.	Organizada por 03 distritos sanitários na atenção básica.
Rede de atenção básica	Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários	Unidades básicas de saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde,

	de Saúde e Unidades Básicas em Saúde.	Programa Saúde da Família.
Média percentual de recursos financeiros em saúde - 2010	25,5%. R\$17,25 por habitante/ano.	25,5%. R\$ 66,72 por habitante/ano.

Fonte: PMS- João Pessoa- PB⁽²³⁹⁾, PMS Cascavel-PR⁽²⁵⁴⁾.

*GRS: Gerência Regional de Saúde

5.1.2.3 A organização da Atenção Básica em Saúde nos municípios

A atenção básica de João Pessoa-PB, articulada ao projeto político da SMS-JP, tem como objetivo, desde o PMS 2006-2009, a garantia à expansão ao acesso da atenção básica, baseada em estratégias, privilegiando a atenção integral das necessidades de saúde em uma articulação inter-setorial, em âmbito municipal^(222,233), para atender à prioridade na atenção básica do Pacto pela saúde 2006.

No contexto desse sistema de saúde, o pilar orientador da Atenção Básica é a Estratégia de Saúde da Família, interligada em uma rede integral para ampliação e articulação do cuidado. A SMS-JP considera base nesse processo, a escuta, o acolhimento, a identificação das necessidades, o vínculo, a responsabilização, o trabalho em equipe e a organização na atenção à saúde⁽²³³⁾.

Os módulos operacionais para a gestão do SUS apresentam ideias-força como elemento mobilizador de processos de mudança, seja na gestão, seja no trabalho em saúde; essas ideias-força são: educação permanente, matriciamento, acolhimento, gestão do trabalho e participação popular em saúde. Para a SMS-JP essas ideias-força foram estabelecidas em uma articulação multilinear, que seguem direções e traçam processos em desequilíbrio de aproximação e afastamento de suas linhas de cuidado, estabelecendo articulações entre esses componentes para um diagrama relacional variável de linhas genealógicas e históricas, mas também de linhas de fuga e de fratura^(233,255).

A organização da Estratégia de Saúde da Família descrita nos planos e relatórios de gestão de João Pessoa-PB, pode ser classificada como próxima ao modelo de Estratégia da Saúde da Família do discurso oficial que tem as características de cuidado centrado em equipe multiprofissional e interdisciplinar, e um conjunto ampliado de encontros com consultas individuais e atividades em grupo⁽¹⁴⁶⁾.

A atenção básica em saúde em João Pessoa-PB age sob a lógica do Matriciamento da Gestão do Cuidado, tanto clínico como o da gestão, atuando enquanto Núcleo de Apoio à

Saúde da Família (NASF)⁽²⁵⁶⁾, confirmando a definição do trabalho idealizada para a proposta do NASF de ser orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, com significado de estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB⁽²⁵⁶⁾.

O NASF trouxe ao sistema de saúde equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes áreas ou especialidades, devendo atuar de maneira integrada no apoio às equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

A rede de atenção básica de saúde em João Pessoa-PB, no ano de 2012/2013, tinha uma cobertura crescente de RH quanto à Estratégia Saúde da Família (ESF) composta de 180 Equipes de Saúde da Família lotadas em 125 USF. No distrito um, (I) são 28 unidades de saúde da Família. No distrito dois, (II) são 30 USF. No distrito três, (III) são 36 USF. No distrito quatro, (IV) são 17 USF. No distrito cinco, (V) são 12 USF^(231,249). No contexto dessa cobertura da ESF em processo de implantação ocorria uma expansão da atenção básica com três equipes de saúde da família⁽²³¹⁻²⁴⁹⁾.

Além desses recursos humanos das USF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos distritos sanitários, foi ampliado em 2009 com mais três equipes somadas as dez (10) anteriormente existentes. Fazem parte das equipes do NASF os núcleos da psicologia, nutrição, farmácia, fisioterapia, serviço social, educação física e medicina, seguindo o modelo proposto pelo Ministério da Saúde⁽²⁵⁶⁾.

Quanto à estrutura física das USF do município, a gestão da saúde de João Pessoa-PB, construiu dez USF integradas, sendo que seis dessas unidades de Saúde da Família abrigam em seu espaço físico, quatro equipes de saúde com atuação em diferentes áreas adscritas. As outras quatro unidades integradas de Saúde Família incorporam a atuação de três equipes de saúde. As demais unidades de USF no município mantiveram-se em área física isolada com a atuação de uma equipe de saúde da família por unidade.

A Gestão em Saúde ainda dispunha de áreas descobertas pela ESF. Para atender ao princípio da universalidade do SUS, a gestão em saúde manteve para essas áreas descobertas, a referência de sua população para uma Unidade Básica de Saúde e quatro Centros de Saúde,

sendo eles: Unidade de Saúde das Praias Maria Alice M B Cavalcanti; Centro de Saúde de Mandacaru, Lourival Gouveia de Moura, Maria Luíza Targino e Francisco das Chagas. Ainda, em outras áreas descobertas, que não dispõem dessas estruturas físicas, manteve-se o PACS no atendimento à população nos bairros de Colibris, Gramame, Cidade Maravilhosa, Cidade Verde, Colinas do Sul, Jaguaribe e Bessa⁽²³¹⁻²⁴⁹⁾.

A atuação nessas áreas descobertas do ESF era de duas equipes de Agentes Comunitários de Saúde do PACS em locais citados acima. Na Unidade Básica de Saúde e Centros de Saúde⁽²³²⁻²⁴⁹⁾, um corpo de profissionais diversificados e especialistas atendem as áreas de sua responsabilidade no município.

A atenção básica em saúde em Cascavel-PR é referida no PMS 2010-2013 (revisado em 2012) dentro do contexto de uma gestão municipal de atenção básica⁽²³⁰⁾. A territorialização administrativa divide o município em distritos sanitários(DS): dois DS urbanos (Norte e Sul) envolve todas as 35 unidades básicas de saúde, e um distrito sanitário na zona rural. A divisão de atenção básica conta no distrito um (I) com 09 UBS e 04 USF, totalizando 13 Unidades. No distrito dois (II), são 12 unidades de saúde, sendo 11 UBS e 01 USF. No distrito três (III), na área rural, são 10 USF^(230,257). A atenção básica conta ainda, com trinta e uma clínicas odontológicas que desenvolvem ações do Programa de Saúde Bucal⁽²²⁸⁾.

Alterações na estrutura física das unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família de Cascavel-PR foram projetadas em 2010 em relação à construção, revitalização e estruturação (materiais e equipamentos). Parte de materiais e equipamentos foram adquiridos nesse mesmo ano, principalmente os destinados ao atendimento das situações de urgência.

Em relação aos RH foram contratados ACS para uma cobertura de 60% das áreas atendidas pelas unidades básicas em saúde, bem como, também foi contratado o número necessário de funcionários de RH, no entanto, o quantitativo não é citado no plano.

Os distritos sanitários de Cascavel são gerenciados por diretores dos departamentos administrativos da SESAUCascavel, tendo a função de assessorar os diversos serviços, ao desenvolver um papel de elo de mediação entre os serviços, unidades e programas com o gestor e os Departamentos da Secretaria de Saúde, utilizando de estratégias conjuntas para a implantação/implementação das políticas de saúde^(230,257).

A efetivação da atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS é objetivo das linhas de cuidado do PMS-2010-2013 de Cascavel-PR por meio de estratégias de atendimento integral à saúde da população, promovendo a articulação inter setorial e com os demais níveis de atenção à saúde, além de reorganizar a atenção ambulatorial e hospitalar

especializada, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde e sua articulação com a atenção básica.

A articulação intersetorial e entre os níveis de Atenção à Saúde traça a consolidação da **Política Nacional de Atenção às Urgências**, promovendo o acolhimento do usuário, situação de risco e a garantia de um tratamento rápido e oportuno. Esses objetivos das linhas de cuidado no PMS-2010-2013 em Cascavel-PR visam ampliar a qualidade e a resolutividade do atendimento em todos os níveis de atenção por meio de políticas de valorização do usuário e do trabalhador em saúde, e da incorporação de novas tecnologias para diagnóstico e terapia⁽²³²⁾.

As unidades básicas em saúde de modelo tradicional no PMS 2010-2013⁽²³⁰⁾ são pontuadas como a **porta do Sistema Municipal de Saúde**. Suas atividades são colocadas como assistenciais e de prevenção em área de abrangência operacionalizando as políticas de saúde em todos os níveis de atendimento, inclusive ambulatorial em diferentes áreas (Medicina, Enfermagem, Odontologia e Serviço Social) e em ações básicas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. As unidades de saúde da família nesse contexto do PMS, são vistas como uma incorporação da UBS dentro da Estratégia Saúde da família, trabalhando com ações programáticas em saúde para o atendimento integral no âmbito do indivíduo, da família e comunidade.

5.1.2.3.1 Rede de serviços especializados dos municípios

Os serviços especializados da rede de atenção à saúde de João Pessoa- PB a partir de 2005 foram reorganizados com a lógica da territorialização, seguindo as linhas de cuidado e da integralidade da atenção. É o que afirma o PMS-JP-2010-2013. Esses serviços configuram-se na distribuição em três Centros de Atenção Integral à Saúde Especializada (CAIS) nos bairros de Mangabeira, Jaguaribe e Cristo; três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) nos bairros do Centro, Mangabeira e Cristo. Um Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (CAISI), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/AIDS, e os Consultórios de Rua; além do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde das Praias e Centro de Saúde de Mandacaru⁽²³³⁾.

Em João Pessoa, faz parte ainda dessa rede de serviços especializados municipais a saúde mental composta por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo o CAPS III

Gutemberg Botelho, o CAPS II Caminhar, CAPS I Cirandar, CAPS AD Davi Capistrano, um Centro de apoio psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI), e o Pronto Atendimento em Saúde Mental (PAISM)^(225,231,233).

Em relação à rede especializada dirigida para as ações à Saúde do Trabalhador nesse município paraibano apresenta-se o Centro de referência em Saúde do trabalhador – CEREST que segue os princípios e diretrizes da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST)⁽²³³⁾.

A Atenção especializada à saúde da criança e ao adolescente consta com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; os Conselhos Tutelares nas regiões praia, norte, sul, sudeste e Mangabeira, além do atendimento no CAPSI, nos consultórios de rua, centros de saúde e UBS; CAIS; Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN); etc.

Além dessa estrutura organizacional a rede de serviços em atenção especializada de João Pessoa-PB ainda é ofertada em nível ambulatorial nos hospitais municipais, estaduais e filantrópicos de João Pessoa-PB e complementada por rede privada contratada pela prefeitura.

A atenção à saúde de Cascavel-PR contém na rede de atenção especializada: o Ambulatório de Gestação de Alto Risco/Posto Central, (ambos na mesma área física), o Centro Especializado de Doenças Infecto-Parasitárias (CEDIP); o Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI) e o Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID). Em relação à odontologia especializada, foi firmado um convênio com a UNIOESTE e com a UNIPAR para assistência nas áreas de dentística, endodontia, cirurgia, bucomaxilofacial e periodontia.

Em Cascavel-PR, a saúde mental possui uma rede de serviços extra-hospitalares constituídas por: Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e Serviços Residenciais Terapêuticos⁽²³⁰⁾.

5.1.2.3.2 Rede de atendimento pré-hospitalar e hospitalar

Quanto ao atendimento pré-hospitalar de João Pessoa-PB, estrutura-se a partir do Serviço de Atendimento Médico de Urgência–(SAMU) - Portaria 2.048/MS, objetivando o atendimento pré-hospitalar móvel metropolitano com 13 ambulâncias habilitadas pelo MS entre os municípios de João Pessoa, Conde, Cabedelo, Santa Rita e Bayeux, entre unidades de

Suporte Avançado de Vida e Unidades de Suporte Básico de Vida⁽²³³⁾, contando ainda com uma unidade de pronto-atendimento continuado ao nível da atenção secundária, denominada Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Oceania^(225, 231).

Com a atenção às Urgências em Cascavel-PR reestruturada da rede assistencial, articulou-se a rede pré-hospitalar Móvel com as unidades pré-hospitalares fixas, as unidades de pronto atendimento I e II (UPA I e UPA III) e a rede hospitalar através de: unidades de: SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), SIATE (Sistema de Atendimento ao Trauma em Emergências) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA):- UPA Brasília; UPA Pediatria e UPA Tancredo.

A rede hospitalar municipal em João Pessoa-PB apresentou importantes mudanças ao longo da gestão iniciada em 2005. O PMS-João Pessoa 2010-2013 traz a rede hospitalar como sendo o resultado de ações articuladas para uma estruturação e organização em busca de um atrelamento desses serviços com a reorientação do perfil assistencial da rede hospitalar de João Pessoa.

A composição da rede hospitalar entre própria, conveniada e contratada, perfaz um total de 26 hospitais, com distribuição em quatro hospitais públicos municipais, sendo eles: o Complexo Hospitalar Mangabeira Tarcísio Burity, Maternidade Instituto Cândida Vargas, Hospital Municipal Santa Isabel e Hospital Municipal Valentina; sete hospitais públicos estaduais; um hospital público federal; quatro filantrópicos e onze hospitais privados. Sua capacidade instalada de dois mil, cento e oitenta e cinco (2.185) leitos, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A rede municipal hospitalar pessoense tem como perfis assistenciais: Ginecologia e Obstetrícia (Instituto Cândida Vargas); Clínica Pediátrica, Clínica Médica, Cirurgias (Hospital Santa Isabel e Valentina), e Trauma-Ortopedia de caráter eletivo e de Urgências (Hospital Mangabeira). As demais especialidades são distribuídas em outros serviços da rede pública, filantrópica e privada contratada⁽²³³⁾.

A rede hospitalar de Cascavel-PR é pública, filantrópica e privada (conveniada com o SUS) e oferece 353 leitos SUS, de um total de 958 leitos disponíveis no município. Representando 0,003 leitos por pessoa, considerando a população municipal e não a sua referência em hospitalização da 10ª região administrativa⁽²³⁰⁾.

5.1.2.3.3 A Assistência Farmacêutica e os Laboratórios

Em João Pessoa, a política de assistência farmacêutica tem como meta cobrir 100% dos serviços da rede municipal de saúde seguindo uma padronização da rede SUS-JP, é o que sinaliza o PMS 2010–2013. Com a proposta da farmácia popular como uma das principais diretrizes de assistência farmacêutica no Brasil para ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais⁽²⁵⁸⁾, o município apresenta uma composição de seis farmácias populares, distribuídas na cidade. Outra política municipal em relação à farmácia é a de fitoterapia e homeopatia⁽²³³⁾. João Pessoa conta ainda com dispensários nas USF, Centro de saúde e UBS.

A cidade possui o laboratório Central responsável por cerca de 60 mil análises laboratoriais por mês, através de uma rede com 06 postos de coletas, 03 centros de atendimento integral a saúde, DST/AIDS. A população tem acesso aos exames de: hematologia, bioquímica, hormônio, uroanálise, parasitologia baciloscopia para tuberculose, bioquímica, hormônios e doenças sexualmente transmissíveis.

Em Cascavel-PR, a assistência farmacêutica tem como rede duas farmácias básicas, duas farmácias popular, duas farmácias hospitalares, uma unidade dispensadora de medicamentos (UDC/CEPID) e dispensários em todas as unidades básicas de saúde/unidades saúde da família.

A política municipal de assistência farmacêutica de Cascavel-PR em busca da otimização de recursos envolvidos e o atendimento com qualidade ao usuário responsabiliza uma equipe técnica para participar da elaboração do elenco de medicamentos que compõe a Relação Municipal de Medicamentos da Atenção Básica, dos processos de aquisição de medicamentos com critérios de controle de qualidade, além da distribuição na rede de serviços, programas de SS e diretamente ao usuário do SUS.

O Laboratório Municipal de Cascavel-PR toma parte do gerenciamento da oferta de serviços de apoio diagnóstico na área de análises clínicas e análise microbiológica de controle de qualidade de esterilização. O Laboratório organiza sua rede com a coleta de exames laboratoriais tanto em uma sede própria, como em vinte e três postos de coleta de material descentralizado nas UBS/USF do município.

5.1.2.3.4 O Gasto Financeiro com a Saúde

Para entender o contexto financeiro para a execução dos recursos materiais e humanos, etc, no setor saúde dos municípios da amostra da pesquisa caracteriza-se o gasto financeiro das gestões de saúde municipais no período referente ao estudo⁽³⁾.

A prestação de contas do terceiro trimestre de 2010 do município de João Pessoa-PB, apresentado no relatório de gestão 2010, teve uma média percentual de aplicação de recursos em saúde em 2010 de 25,5%, maior que o mínimo estabelecido por lei, no caso, a Emenda Constitucional (EC) nº 29⁽²⁵⁹⁾ (hoje lei complementar nº 141/ 2012)⁽²⁶⁰⁾ que determina um repasse mínimo de 15%. O total geral de investimento na área de saúde do Município de João Pessoa foi à ordem de R\$371.959.854,26 reais, repassados para o Fundo Municipal, aproximadamente R\$ 17,25 por habitante/ano⁽²³¹⁾. Os valores anuais no município de João Pessoa-PB correspondentes ao exercício nos anos de 2010 a 2013 seguem em quadro 12:

Quadro 12 - Valores financeiros anuais de repasse para a atenção à saúde de João Pessoa-PB

Período Anual	Despesa total - Valor Nominal – R\$ milhares	Despesas próprias – Valor em %	Despesas com Atenção básica – Valor Nominal
2010	419.401.640,00	29,78	82.814.270,00
2011	542.674.621,26	29,87	96.484.797,15
2012	623.933.178,52	22,40	259.696.483,51
2013	661.642.452,00	23,65	277.324.577,08
2014	895.201.845,00	24,15	177.314.789,30

Fonte: SIOPS-DATASUS/MS

Em busca da promoção da participação direta dos cidadãos, parte desse orçamento municipal é decidida em audiência pública de orçamento democrático (OD), em que a população elege as prioridades a serem executadas, considerando o plano municipal de saúde, definindo o plano de ações, investimentos e serviços, consolidando a Programação Anual de Saúde⁽²³³⁾.

Segundo dados disponíveis no site da prefeitura municipal de Cascavel, relativos à prestação de contas do terceiro trimestre de 2010, a média percentual de aplicação de recursos em saúde para o ano de 2010 em Cascavel-PR foi de 25,5%, também maior que o determinado pela EC nº 29 de 15%. O total geral de repasse para o Fundo Municipal de Saúde foi no valor de R\$ 19.095.065,25, representando, aproximadamente R\$ 66,72 por habitante/ano⁽²³⁰⁾. Os valores anuais praticados entre 2010 a 2014 em Cascavel-PR segue no quadro 13.

Quadro 13 - Valores financeiros anuais de repasse para a atenção à saúde de Cascavel-PR

Período Anual	Despesa total - Valor Nominal – R\$ milhares	Despesas próprias – Valor em %	Despesas com Atenção básica – Valor Nominal
2010	98.186.977,01	24,39	76.687,484,71
2011	106.659.717,01	26,29	87.612.699,05
2012	128.885.537,75	27,56	107.521.187,35
2013	147.314.980,08	27,21	114.216.198.61
2014	169.914.299,03	27,50	128.777.649,03

Fonte: SIOPS-DATASUS/MS

5.2 Avaliação dos componentes de estrutura e processo nas diferentes unidades de saúde, USF e UBS tradicional no contexto dos modelos de atenção primária e da saúde da criança

Para avaliar a estrutura, processo e resultado referentes às unidades de saúde, utilizou-se informações documentais relacionadas aos componentes capacidade, desempenho e resultados, focando a atenção primária em saúde da criança.

5.2.1 Instalações e equipamentos

5.2.1.1 Estrutura das unidades de saúde:

A análise documental dos relatórios de gestão do DS-III de João Pessoa-PB demonstra que a estrutura, enquanto capacidade de oferta de serviços, descreve uma distribuição de 53 Unidades^(229,231) da Estratégia Saúde da Família (ESF), que são as unidades estudadas na pesquisa. Na Tabela 2 (p.83), observa-se a distribuição com alocação das equipes atuantes na ESF e a localização no DS-III por bairro.

Contemplam-se ainda, na atenção básica do DS-III em 2012, 03 unidades com equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): PACS ASPOM; Cidade Maravilhosa e Colibris (Áreas descobertas pela USF). Em 2011, havia 04 unidades com equipes do PACS (Barra de Gramame).

Outras unidades de saúde na área de abrangência do DS III: O Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS Mangabeira); O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO de

Mangabeira); O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Caminhar), Os Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Centro Equilíbrio do SER e Centro Canto da Harmonia); O Centro de Controle de Zoonoses; Os Hospitais Municipais: Valentina e o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti.

Salienta-se a presença de Hospital de Ensino Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB) (Cidade Universitária), como referência dessa rede de serviços.

No município de Cascavel-PR a distribuição das Unidades na atenção básica dá-se por bairro, sendo 23 UBS urbanas de modelo tradicional, atuando com uma equipe de profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos), odontologia e médicos especialistas. A distribuição, localização por bairros e UBS podem ser visualizadas na Tabela 3(pg. 84)⁽²³⁰⁾.

Outras unidades de saúde que fazem parte dos serviços de saúde:

- 02 unidades de pronto-atendimento continuado (UPA);

- 11 unidades especializadas: Ambulatório de Gestação de Alto Risco, Laboratório Municipal (ambos na mesma área física), Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias - CEDIP ( rea física do UPA I), Centro de Aten o Psicossocial Infantil - CAPS I, Centro de Aten o Psicossocial - CAPS III, Centro de Aten o Psicossocial  lcool e Drogas - CAPS AD, Centro de Aten o em Saúde Mental - CASM, Farmácias Básicas I e II e Farmácias Populares I e II;

- 10 hospitais: Hospital Nossa Senhora da Salete (Hospital Geral); Hospital Policlínica (Hospital Geral); Hospital Santa Catarina (Hospital Geral); Hospital São Lucas (Hospital Geral); Hospital Universitário (Hospital Geral); Hospital Dr. Lima (Hospital Geral); União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPEC CAN).(Hospital Especializado); CEDIP (Hosp. Especializado - Pref. Mun. Cascavel), Centro Hospitalar G nesis (Hospital Geral); CEONC – Centro de Oncologia (Hospital Especializado)⁽²⁵³⁾.

5.2.1.2 Instala es e equipamentos das unidades de saúde

As instala es e equipamentos das USF do DS-III em João Pessoa-PB e a descrição física situacional pontua um processo de mudanças quanto a sua localização e capacidade instalada entre os anos 2011- 2012^(229,231)

Em 2011⁽²³¹⁾, constava com uma funcionalidade em casas alugadas e prédios próprios no total de 27 casas alugadas, 01 cessão de um centro de cidadania, a sede do DS-III e 11

prédios próprios. Dentre os prédios próprios, abrigavam sete (07) unidades integradas de 03 e 04 equipes de saúde da família.

O detalhamento situacional no ano de 2011 das USF's, e suas necessidades de ordem de serviços, demonstram que a maioria dos prédios alugados necessitava de manutenção e adaptações para atender à unidade ou recuperação por outros acometimentos como a presença de deterioração, a existência de cupim em suas dependências ou ainda, estavam em processo de devolução, por mudança para outro prédio. Os prédios de propriedade da PMJP também apresentavam a necessidade de ampliação e reforma. Algumas USF, com essa situação, funcionavam no espaço físico de outra unidade, outros apresentavam a necessidade de manutenção ou recuperação⁽²³¹⁾.

Nesse interstício de 2011, encontra-se o registro de equipamentos e serviços adicionais na rede de atenção básica das USF, tais como: sete desfibriladores nas unidades integradas; quatro unidades de coleta de sangue; 03 unidades com eletrocardiogramas e um RX odontológico na Unidade José Américo integrada, etc.⁽²³¹⁾.

No ano de 2012⁽²²⁹⁾, algumas alterações foram possíveis de observar em relação às instalações. Suas distribuições ocorrem em 30 imóveis, 17 imóveis alugados com adaptação para o funcionamento das USF isoladas, e outro alugado e adaptado para a sede do DS-III. Além disso, existem alguns alugados em readequação para devolução, treze (13) prédios próprios, dentre eles, dez (10) com unidades integradas com porte destinado e apto a abrigar de 04 ou 03 equipes, onde duas unidades foram inauguradas ao longo do ano. As unidades integradas próprias estruturam-se em um espaço físico com ambientes comuns (sala de espera, sala de imunização; sala de curativos; sala de observação; sala de citológico; sala de esterilização de material; sala de inalação coletiva; farmácia; sala de reunião e atividades educativas; copa) e, ambientes próprios para cada equipe (sala administrativa, consultório médico; de enfermagem e odontologia, sala de ACS).

Essa conformação estrutural das unidades integradas de USF foram observadas no art. 4º inciso IV da portaria nº340 de 04 de março de 2013 e parágrafo único portaria nº 1.903, de 04 de setembro de 2013 do MS.

O DS III abrange cobertura de ESF de 90,5% das famílias do território-distrito. O quadro 14, transcrito do relatório de gestão 2012 do DS-III publicado em dezembro deste mesmo ano, revela as mudanças em relação à situação das unidades de saúde do respectivo Distrito Sanitário III.

Quadro 14 - Detalhamento das unidades de saúde: propriedade, situação e necessidades da rede básica do distrito sanitário III-2012⁽²²⁾.

	UNIDADE	PROPRIEDADE	SITUAÇÃO	OBSERVAÇÃO
01	Água Fria	Alugado	-	Aguardando construção
02	José Américo I	PMJP	Em reforma	-
03	Bancários	PMJP	Em reforma	-
04	USF Rosa de Fátima	PMJP	Em reforma	-
05	Valentina II	Alugado	Aguardando reforma	O imóvel precisa de reforma.
06	Valentina I	PMJP	Aguardando reforma	-
07	Sede DS_III	Alugado	Aguardando reforma	Necessidade de mudança da sede
08	Timbó II	Alugado	-	Aguardando construção
09	Timbó I	Alugado	-	-
10	Eucalipto	Alugado	Aguardando manutenção	Aguardando construção
11	Mangabeira VII A	Alugado	Em manutenção	A USF Mangabeira VI - 1ª etapa funcionará neste imóvel.
12	Mangabeira VII B	Alugado	Em readequação para devolução	Em processo de devolução
13	Balcão	Alugado	Em readequação para devolução	Em processo de devolução
14	Coqueiral	Alugado	Em readequação para devolução	Em processo de devolução
15	Feirinha	Alugado	Em readequação para devolução	Em processo de devolução
16	Doce Mãe de Deus	Alugado	Aguardando manutenção	
17	Frei Damião	Alugado	Em readequação para devolução	Em processo de devolução
18	Colibris	Alugado	Aguardando manutenção	-
19	USF Ipiranga	PMJP	Aguardando reforma	
20	USF Nova Esperança	PMJP	Em reforma	
21	USF Nova União	PMJP	Em reforma	
22	USF Cidade Verde	PMJP	Em reforma	
23	USF Verdes Mares	PMJP	Em reforma	
24	Parque do Sol	Alugado	Aguardando manutenção	
25	Paratibe II	Alugado	Aguardando manutenção	
26	Santa Bárbara	Alugado	Em readequação para devolução	Em processo de devolução
27	Valentina III	PMJP	Aguardando manutenção	
28	Valentina IV	Alugado	Aguardando manutenção	
29	Prosind II	Alugado	Aguardando manutenção	
30	Cristo Rei	Alugado	Aguardando manutenção	
31	Mangabeira VI 1ª etapa	Alugado	Aguardando manutenção	Mudança para prédio da USF Mangabeira VII- A
32	USF José Américo	PMJP	Aguardando manutenção	
33	PACS Colibris	Alugado	Aguardando manutenção	

34	USF quatro Estações	PMJP	-	USF inaugurada em 2012
35	USF Mangabeira	PMJP	-	USF inaugurada em 2012
36	USF Caminho do Sol	PMJP	-	USF inaugurada em 2012

Fonte: RAG-2012- DS-III⁽²²⁹⁾

Em relação às instalações das unidades de saúde em Cascavel-PR, a SESAU na gestão 2010-2013 planejou a construção de nova UBS's, bem como, a construção de novas USF dentro do território de abrangência, e ao mesmo tempo, uma adequação da estrutura física das duas unidades de saúde, tendo em vista o atendimento das normas e diretrizes da vigilância sanitária e da comissão municipal de acessibilidade. No RAG 2013 consta essa proposta como realizada parcialmente⁽²⁶²⁾.

As características da estrutura física das UBS's de Cascavel-PR são descritas como: Área para embarque de ambulância; Consultório odontológico; Escovário; Sala de ACS; Sala de atividades coletivas; Sala de coleta; Sala de inalação coletiva; Sala de observação; Sala de procedimentos; Sanitário para deficientes; Administração e gerência; Almoxarifado; Área de espera; Área de serviço; Consultório odontológico; Depósito de material de limpeza; Sala de curativos.

Quanto aos equipamentos e insumos, o planejamento da SESAU Cascavel-PR, no mesmo período, deu-se em relação quantitativa e qualitativa para o atendimento das demandas existentes.

5.2.2 Estrutura do sistema orgânico-funcional das Unidades

Nas USF's integradas de João Pessoa-PB no DS-III, há subdivisões das seções de cada equipe, representadas na figura 15. Cada equipe é considerada como subsistema integrante de um sistema maior, que é a própria USF. Nas unidades isoladas, a USF tem apenas um subsistema com a mesma formação de equipe multiprofissional de saúde.

A estrutura do sistema orgânico-funcional em Cascavel-PR tem como processo uma organização da agenda programática de saúde dependendo das condicionalidades, vulnerabilidades sociais e do processo de gestão das clínicas. O gerenciamento da gestão do cuidado em geral, é por meio de uma assistência contínua e racionalizada à demanda. A ênfase é na promoção da saúde e no núcleo familiar, através do vínculo com o usuário e de ações programáticas relacionadas aos programas de saúde ministeriais. A organização da rede

assistencial tem definido fluxos de atendimento e de protocolos clínicos e um cronograma de educação continuada⁽²⁵⁸⁾.

Figura 15: Representação gráfica da estrutura do sistema orgânico-funcional de uma das USF do DS III de João Pessoa- PB.



Fonte: Adaptação da figura de Chaves, 2013⁽²⁶¹⁾.

5.3 Análise do Perfil sociodemográfico das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR: comparação com os resultados obtidos pelos municípios na avaliação do IDH 2010

Os determinantes sociais e ambiente emocional das crianças são condições para que se possa analisar qualquer efetividade das intervenções em saúde⁽²⁶²⁾. Para isso, os dados deste estudo serão comparados com os resultados do IDH dos municípios ao atender as metas estabelecidas nos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) instituídas pela ONU no ano de 2000, através de avaliações dos indicadores dos municípios.

As Tabelas 4.a, 4.b, 4.c, 4.d e 4.f apresentam características do perfil sócio-demográfico das famílias de crianças atendidas nos serviços de saúde dos respectivos municípios.

A Tabela 4.a apresenta o perfil sociodemográfico de 875 famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa (344) e Cascavel (531), segundo as variáveis relacionadas à genitora e à criança: *número de filhos; intervalo de parto entre a criança e o irmão; e posição da criança na família.*

Tabela 4.a - Perfil sociodemográfico de famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança, segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Município					
	Total		João Pessoa-PB		Cascavel-PR	
	n	%	n	%	N	%
Número de filhos						
Um filho	380	43,4	156	45,3	224	42,2
Dois filhos	296	33,8	115	33,4	181	34,1
Três filhos	123	14,1	44	12,8	79	14,9
Quatro filhos	49	5,6	16	4,7	33	6,2
Cinco filhos	18	2,1	8	2,3	10	1,9
Seis ou mais filhos	9	1,0	5	1,5	4	0,8
Total válido	875	100,0	344	100,0	531	100,0
Intervalo entre partos						
Até 2 anos	109	12,5	49	14,2	60	11,3
Mais de 2 anos	383	43,8	134	39,0	249	46,9
Não há intervalo	383	43,8	161	46,8	222	41,8
Total válido	875	100,0	344	100,0	531	100,0
Posição da criança						
1o. filho	435	49,7	167	48,5	268	50,5
2o. filho	270	30,9	113	32,8	157	29,6
3o. filho	101	11,5	36	10,5	65	12,2
4o. filho	45	5,1	16	4,7	29	5,5
5o. filho	23	2,6	11	3,2	12	2,3
6o. filho	1	0,1	1	0,3	-	-
Total válido	875	100,0	344	100,0	531	100,0

Fonte: DATASUS/TABWIN e SIAB, 2012 (Elaboração própria)

Conforme a Tabela 4.a, observa-se que em relação ao *número de filhos*, independentemente dos municípios pesquisados, 91,3% (799 das famílias da amostra) tem “até três filhos”, sendo 91,5% em João Pessoa (315 famílias) e 91,2% em Cascavel (484 famílias). Destaca-se que a maioria das famílias tem ‘um filho’, totalizando 43,4% (380

famílias), sendo nos municípios de João Pessoa 45,3% (156 famílias) e 42,2% em Cascavel (224 famílias).

Em relação ao *intervalo entre o último parto e o parto da criança*, independentemente dos municípios pesquisados, predomina o intervalo “mais de 02 anos” totalizando 43,8% (383 das famílias) e quando comparados os 02 municípios, havendo uma maior predominância para as famílias em Cascavel (46,9%; 296 famílias) em relação a João Pessoa (39,0%; 134 famílias). Observa-se, ainda, um significativo percentual para a informação “não há intervalo”, sendo 43,8%, no total de famílias pesquisadas (383 famílias), 46,8% em João Pessoa (161 famílias) e 41,8% em Cascavel (222 famílias). Relaciona-se a falta de intervalo interpartal aos percentuais apresentados, na tabela de famílias com apenas um filho.

Em relação à variável *posição na família da criança atendida – ordem de paridade*, observa-se, por ordem, no total das famílias: ‘1º filho’ (49,7%; 485 famílias) sendo 48,5% em João Pessoa (167 famílias) e Cascavel com 50,5% (268 famílias). Em relação à posição ‘2º filho’ tem-se 30,9% para o total das famílias (270 famílias) e 32,8% no município de João Pessoa (113 famílias) e 29,6% em Cascavel (157 famílias).

A variável *número de filhos*, apresentada neste estudo tem um quadro similar ao estudo realizado em uma cidade do interior de Mato Grosso de Sul em 2012⁽²⁶⁶⁾, que analisou a qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher quanto ao número de filhos: 41,82% tinham um filho, 30,91% com dois filhos, 9,09% têm quatro filhos ou mais. Esses dados confirmam uma tendência diante dos índices de fecundidade no Brasil, que chegaram a 2,2 filhos por mulher, indicando ser uma reposição populacional.

O índice de fecundidade associado ao aumento da expectativa de vida da população têm instigado mudanças na pirâmide etária brasileira. Em relação ao índice de fecundidade analisa-se ser em decorrência de fatores como a adoção de contraceptivos eficazes e distribuídos pela atenção básica em saúde, que leva à diminuição da incidência de gravidez e a participação da mulher cada vez mais constante no mercado de trabalho⁽²⁶³⁾. Essa tendência de diminuição do índice de fecundidade é confirmada quando comparamos os resultados dos dois estudos ao último censo do IBGE que demonstrou que a mulher teve uma diminuição da média de número de filhos, passando há algumas décadas, de 4 a 6 filhos para uma média de 1 a 2 filhos por casal, tanto no índice geral brasileiro, como também dos dois municípios em estudo⁽²²⁷⁾.

As variáveis (*intervalo entre o último parto e o parto da criança; posição na família da criança atendida-ordem de paridade*) representam fatores de risco e têm sido relacionadas em estudos com alterações congênitas comuns em crianças, principalmente em um intervalo

interpartal menor de 18 meses ou, ainda mais curto (< 6 meses) e, em analogia à posição na família, ou seja, à ordem de paridade, relaciona-se as duas primeiras crianças. Essas alterações são diversas, incluindo, além dos defeitos do tubo neural e fissuras orofaciais, associação com doenças cardíacas congênitas, nascimento de bebês com baixo peso e anemia⁽²⁶⁴⁻²⁶⁵⁾. Em outros estudos, mostram-se evidências entre a *posição na família da criança atendida-ordem de paridade* e doenças como: diabetes tipo 1, esquizofrenia e câncer de mama⁽²⁶⁶⁾.

A maioria das associações acerca do *intervalo entre o último parto e o parto da criança*, relacionadas no parágrafo acima, também tem sido atribuída à redução no nível de ácido fólico na mulher durante a gestação⁽²⁶⁷⁻²⁶⁸⁾. Em intervalos interpartais menores de 18 meses e redução nos níveis de folato quando verificada, mostra-se associação, de forma significativa, a um risco aumentado para restrição no crescimento fetal⁽²⁶⁹⁾ e à suspeita de atraso no desenvolvimento da criança⁽²⁷⁰⁾.

Na atenção básica de saúde, o programa pré-natal faz a distribuição do ácido fólico para as gestantes, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde⁽²⁷¹⁾. Essa indicação de suplementação com ácido fólico considera seu efeito protetor para as diversas doenças congênitas, incluindo a Fissura Lábio Palatino FL/P⁽²⁷²⁾. A probabilidade de alterações para FL/P são reduzidas particularmente, em um 1/3 o risco, quando ocorre o uso da suplementação de ácido fólico antes e durante a gestação⁽²⁷³⁾.

As correlações dos estudos em relação às duas variáveis *intervalo entre o último parto e o parto da criança* e a redução no nível de ácido fólico apontam para a importância da integralidade das ações em saúde no que se refere à prevenção de fatores de risco que desencadeiam alterações significativas em crianças por fatores ambientais. Essa atenção, inicia-se com o cuidado antes e durante o pré-natal com as mulheres, linha de cuidado apontada nas políticas de saúde em documentos referente à atenção ao cuidado integral na saúde da criança, seja na agenda de compromissos para atenção à saúde da criança⁽¹⁴⁹⁾, seja na proposta de estratégia brasileirinhos e brasileirinhas saudáveis⁽²⁶⁾.

Essas variáveis, *intervalo entre o último parto e o parto da criança e a posição na família da criança atendida-ordem de paridade*, não são observadas diretamente como indicadores do IDHM, mas relacionam-se aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial às metas quatro e cinco que se referem à redução da taxa de mortalidade infantil e da mortalidade materna. As metas referidas do ODM têm como iniciativas de políticas públicas e agenda de compromissos no Brasil, o programa Rede Cegonha. A Rede Cegonha afirma medidas designadas à qualidade do acompanhamento pré-natal visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

puerpério, assim como à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis^{(274) (275)}.

A Tabela 4.b apresenta o perfil sociodemográfico das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa (344) e Cascavel (531), segundo as variáveis: *cuidador principal*, *sua faixa etária*, *anos de estudos do cuidador principal (mediano)*.

Tabela 4.b - Perfil das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Total		Município			
			João Pessoa-PB		Cascavel-PR	
	N	%	N	%	N	%
<i>Cuidador principal</i>						
Mãe	742	84,8	313	91,0	429	80,8
Pai	16	1,8	3	0,9	13	2,4
Irmãos mais velhos	5	0,6	1	0,3	4	0,8
Avós	66	7,5	14	4,1	52	9,8
Madrinha	1	0,1			1	0,2
Creche/Escolinha	19	2,2	1	0,3	18	3,4
Tias	15	1,7	9	2,6	6	1,1
Vizinhos	2	0,2	1	0,3	1	0,2
Babá	6	0,7	1	0,3	5	0,9
Outro	3	0,3	1	0,3	2	0,4
Total válido	875	100	344	100	531	100
<i>Faixa etária (anos)</i>						
14 ---- 24	218	25,6	85	24,7	133	26,2
24 ---- 34	371	43,6	164	47,7	207	40,8
34 ---- 44	175	20,6	72	20,9	103	20,3
44 ---- 54	58	6,8	15	4,4	43	8,5
54 ---- 64	29	3,4	8	2,3	21	4,1
Total válido	851	100	344	100	507	100
<i>Anos de Estudos</i>						
Até 10 anos	461	52,7	176	51,2	285	53,7
Mais de 10 anos	392	44,8	167	48,5	225	42,4
Não informado	22	2,5	1	0,3	21	4,0
Total válido	875	100	344	100	531	100

Fonte: DATASUS/TABWIN e SIAB, 2012 (Elaboração própria)

Conforme a Tabela 4.b, destaca-se no total das famílias como *cuidador principal* das crianças “a Mãe” (84,8%; 742) seguido pelos “Avós” (7,5%; 66). Em relação aos municípios, destacam-se em João Pessoa: “Mãe” 91,0% (313) seguido pelos “Avós” 4,1% (14), em

Cascavel, também como cuidador principal: “Mãe” 80,8% (429) seguido pelos “Avós” 9,8%⁽⁵²⁾.

Quanto à faixa etária do cuidador principal (Tabela 4.b) destacou-se nos dois municípios segmento etário entre ‘24 |---- 34 anos’ constituída por 43,6% (371 cuidadores). Também, como destaque neste estudo para o cuidador principal observa-se que a *faixa etária* acumulada é de ‘14 |---- 44’ (89,8%; 371). Similarmente, para os municípios destaca-se a faixa etária de ‘24 |---- 34 anos’, sendo em João Pessoa: (47,7%; 164) e Cascavel (40,8%; 207).

No perfil sociodemográfico das famílias da Tabela 4.b. em relação aos *anos de estudos* do cuidador principal, destaca-se o período de “até 10 anos” constituído por 52,7% (461 cuidadores). Similarmente, para os municípios, destaca-se o período ‘até 10 anos’, sendo 51,2% em João Pessoa (176 cuidadores) e 53,7% em Cascavel (285 cuidadores).

A mãe como cuidador principal nos dois municípios e com um percentual significativo é um resultado positivo diante da “Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis-EBBS⁽²⁶²⁾”, política pública que contempla a primeira infância e faz parte também da agenda de compromissos brasileiros em relação ao ODM. Essa estratégia entende a mãe/cuidador como ambiente facilitador à vida do novo ser criança por compreender o corpo-mente da mãe, a sua imagem do pai, sua condição de existência, suas redes de sustentação, suas fantasias e desejos; suas construções imaginárias ou reais como ambiente inicial de suporte para o filho, fazendo a trajetória singular da criança⁽²⁶²⁾.

Em relação à *avó como cuidador principal*, embora o percentual deste estudo não tenha sido de maior relevância nos dois municípios, o resultado adentra na discussão do contexto familiar e as relações intergeracionais que atualmente observa-se no Brasil e no mundo, a partir do fenômeno do aumento da longevidade humana, diminuição da natalidade e da expectativa de vida dos povos⁽²⁷⁶⁻²⁷⁹⁾.

A expectativa de vida das mulheres, segundo dados do IBGE em 2011, indica que ocorreu um aumento de 68 anos para 73 anos de idade⁽²²⁷⁾. Essa mudança de aumento de anos de vida repercutiu nas relações da sociedade que vivencia uma transformação no âmbito dos relacionamentos familiares. Tendo a avó exercido um papel relevante de apoio social é uma fonte de auxílio na criação dos netos para as famílias quando conferem suporte prático, financeiro, emocional e efetivo, assim como, as crianças também são fontes de apoio e exercem influência para os avós⁽²⁷⁶⁻²⁷⁹⁾.

Arelado ao cuidador mãe e aos determinantes sociais de saúde existem fatores que impactam na produção da saúde entre elas estão a idade da mãe, o gênero, a etnia, os fatores

hereditários e o estilo de vida individual, o acesso à educação, ao sistema de garantia de direitos, a inserção na cultura popular etc⁽²⁶²⁾.

Em Bauru-SP foi realizado um estudo que aborda fatores de risco que impactam na produção da saúde das crianças relacionando-se com variáveis do cuidador principal: a mãe. *A idade materna, a escolaridade materna e a tipologia familiar*, analisados pela sua influência nos comportamentos típicos em cinco áreas específicas do desenvolvimento de bebês: *linguagem, autocuidados, cognição, socialização e desenvolvimento motor das crianças*⁽²⁸⁰⁾.

Os resultados do estudo em Bauru apontaram que, nos primeiros seis meses de vida dos bebês, os comportamentos típicos estudados, tanto na amostra geral como por área geraram os seguintes dados significativos: na *linguagem*, os bebês apresentaram melhor desempenho quando são filhos de mães maiores de 24 anos, ensino médio completo e/ou superior e/ou incompleto e integrantes de famílias nucleares. Em *autocuidados*, bebês de mães com até 17 anos e 11 meses, ensino fundamental incompleto e integrantes de famílias estendidas, tiveram como resultados as maiores médias. Nas outras áreas do estudo (*cognição, socialização e desenvolvimento motor*), as melhores médias foram de bebês que eram filhos de mães com idade acima de 24 anos, ensino médio completo e/ou superior completo e/ou incompleto e integrantes de famílias estendidas, com estatísticas significativas⁽²⁸⁰⁾.

Em relação à faixa etária acumulada entre 14|---- 44 anos de idade do cuidador principal e, sendo esse cuidador, na sua maioria, a mãe (84,8%), vários estudos associam, conjuntamente com outras variáveis, a idade materna como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do bebê⁽²⁸¹⁻²⁸⁴⁾. Além disso, a idade materna constitui-se em fator de risco ambiental para alterações congênitas, com significância estatística para fissuras lábio palatinas⁽²⁶⁴⁾.

Abordando a idade da mãe, uma pesquisa comparou o desenvolvimento latente motor de lactentes de mães adolescentes e adultas, encontrando diferença significativa entre o desempenho dos bebês filhos de adolescentes em relação aos nascidos de mães adultas, ressaltando a idade materna precoce como um fator de risco para o atraso do desenvolvimento da criança⁽²⁸⁵⁾. Correlacionando a idade avançada das mães, um estudo realizado em Goiânia em 2011, afirma que quanto maior a idade da mãe, maior é o risco de atraso para o crescimento da criança e o desenvolvimento da sua linguagem⁽²⁸⁶⁾. Esses dois estudos⁽²⁸⁵⁻²⁸⁶⁾ avaliam ser de extrema importância identificar as crianças expostas aos riscos para minimizar problemas ao seu desenvolvimento.

Ao analisar dados as variáveis maternas e sociodemográficas de bebês nos dois primeiros meses de vida uma pesquisa avaliou as variáveis idade da mãe, em associação com a escolaridade da mãe e a renda familiar, entre outras variáveis, correlacionando ao desempenho dos bebês. A idade da mãe teve correlações significantes com o desenvolvimento motor e cognitivo da criança. A escolaridade materna foi significativa e positiva para área de linguagem no primeiro mês de vida⁽²⁸⁷⁾.

Os anos de estudo do cuidador principal, levando em consideração a faixa etária acumulada entre 14|---- 44 anos de idade, quando comparado ao resultado da escolaridade de anos de estudo da população adulta que compõe o IDHM Educação dos dois municípios, encontra-se um pouco abaixo em relação à escolaridade em anos de estudo da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo⁽²¹⁹⁾. O resultado do IDHM educação em relação a essa faixa etária em João Pessoa-PB no ano de 2010 foi de 66,25% da população e em Cascavel-PR de 55,53% da população⁽²¹⁹⁾. E entre a população de 25 anos ou mais de idade, para João Pessoa-PB, em linhas gerais, tinha-se que 9,98% eram analfabetos, 63,49% possuíam o ensino fundamental completo, 49,91% tendo o ensino médio completo e 18,61% representando o superior completo. Em Cascavel-PR, 7,86% eram analfabetos, 50,85% tinham o ensino fundamental completo, 35,62% possuíam o ensino médio completo e 12,75%, o superior completo⁽²¹⁹⁾.

A Tabela 4.c apresenta o perfil sociodemográfico das 875 famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa (344) e Cascavel (531), segundo as variáveis relacionadas aos pais das crianças: *situação conjugal dos pais, tempo de estudos do pai, tempo de estudos da mãe, ocupação do pai e ocupação da mãe*.

Tabela 4.c - Perfil das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Total		Município			
			João Pessoa-PB		Cascavel-PR	
	N	%	N	%	N	%
<i>Situação conjugal dos pais</i>						
Casados	373	42,6	108	31,4	265	49,9
União estável	312	35,7	167	48,5	145	27,3
Mãe solteira	113	12,9	47	13,7	66	12,4
Pai solteiro	3	0,3	2	0,6	1	0,2
Namorados	11	1,3	1	0,3	10	1,9
Viúvo(a)	12	1,4	4	1,2	8	1,5
Mãe casada	5	0,6			5	0,9

Não informado	46	5,3	15	4,4	31	5,8
Total	875	100	344	100	531	100
Tempo de estudos do pai (mediano)						
Até 09 anos	412	50,7	163	50,5	249	50,9
Mais de 09 anos	400	49,3	160	49,5	240	49,1
Total	812	100	323	100	489	100
Tempo de estudos da mãe (mediano)						
Até 10 anos	439	50,9	171	49,9	268	51,5
Mais de 10 anos	424	49,1	172	50,1	252	48,5
Total válido	863	100	343	100	520	100
Ocupação do pai						
Empregado do comércio	235	26,9	81	23,5	154	29,0
Trabalhador doméstico	5	0,6	3	0,9	2	0,4
Empregado da construção civil	138	15,8	53	15,4	85	16,0
Auxiliar de serviços gerais	69	7,9	27	7,8	42	7,9
Conta própria - informal	15	1,7	11	3,2	4	0,8
Trabalhador rural	7	0,8	3	0,9	4	0,8
Autônomo	113	12,9	42	12,2	71	13,4
Sem ocupação no momento	39	4,5	30	8,7	9	1,7
Outros	230	26,3	88	25,6	142	26,7
Não informado	24	2,7	6	1,7	18	3,4
Total válido	875	100	344	100	531	100
Ocupação da mãe						
Empregado do comércio	176	20,1	63	18,3	113	21,3
Trabalhador doméstico	37	4,2	13	3,8	24	4,5
Empregado da construção civil	4	0,5	1	0,3	3	0,6
Auxiliar de serviços gerais	46	5,3	12	3,5	34	6,4
Conta própria - informal	9	1,0	4	1,2	5	0,9
Trabalhador rural	1	0,1	1	0,3		
Autônomo	50	5,7	26	7,6	24	4,5
Sem ocupação no momento	113	12,9	72	20,9	41	7,7
Do lar	367	41,9	151	43,9	216	40,7
Outros	69	7,9			69	13
Não informado	3	0,3	1	0,3	2	0,4
Total válido	875	100	344	100	531	100

Fonte: DATASUS/TABWIN e SIAB, 2012 (Elaboração própria)

Em relação à *situação conjugal* dos pais, destaca-se a situação “casados(as)” constituído por 42,6% (373 cuidadores), seguido por “união estável” com 35,7% (312 cuidadores). Destaca-se ainda a situação “mãe solteira” representando 12,9% (113 cuidadoras). Similarmente, para os dois municípios destacam-se a situação conjugal: *Casado*: João Pessoa com 31,4% (108 cuidadores) x Cascavel 49,9% (265 cuidadores); *União estável*: João Pessoa 48,5% (167 cuidadores) x Cascavel 27,3% (145 cuidadores) e *Mãe solteira*: João Pessoa, 13,7%; (47 cuidadores) x Cascavel 12,4%; (66 cuidadores).

Em relação ao tempo de estudo dos pais, de um total de 812 famílias respondentes o *tempo de estudos* do pai destaca-se “até 09 anos” com 50,7% (412 pais). Nesse mesmo dado, segundo os municípios, destaca-se ‘até 09 anos’: 50,5% em João Pessoa (163 pais) e 50,9% em Cascavel (249 pais).

Em relação ao *tempo de estudos* da mãe, no total de 863 famílias respondentes, destaca-se 50,9% com “até 10 anos” (439 mães). Similarmente, para os municípios destaca-se “até 10 anos”, sendo 49,9%; em João Pessoa (171 mães) e 51,5% em Cascavel (268 mães).

A variável *ocupação principal do pai*, conforme a Tabela 4.c, para o total das famílias, destacam-se os seguintes tipos de empregos: 26,9% eram “empregado do comércio” (235 pais), 15,8% eram da “construção civil” (138 pais), 12,9% “autônomo” (113 pais) e 26,3% em “outros empregos” (230 pais). Similarmente, para os municípios destacam-se em João Pessoa: 23,5% no “comércio” (81 pais), 15,4% na “construção civil” (53 pais), 12,2% “autônomo” (42 pais) e 25,6% em ‘outros empregos’ (88 pais) e em Cascavel: 29,0% no “comércio” (154 pais), 16,0% na “construção civil” (85 pais), 13,4% “autônomo” (71 pais) e 26,7% em “outros empregos” (142 pais).

Segundo a Tabela 4.c, segundo o total das famílias para a *ocupação principal da mãe*, destaca-se os seguintes tipos de empregos: 41,9% “do Lar” (367 mães) e 20,1% como “empregada do comércio” (176 mães). Similarmente, para os municípios, destacam-se: em João Pessoa: 43,9% “do Lar” (151 mães) e 18,3% “empregada do comércio” (63 mães) e Cascavel: 40,7% “do Lar” (216 mães) e 21,3% como “empregada do comércio” (113 mães).

O estado civil ou *situação conjugal* nem sempre representa a participação do pai na criação dos filhos e/ou união estável. No entanto, a presença dos pais na convivência familiar já é um disparador de estabilidade familiar e é interligado à competência da mãe na criação dos filhos. Um estudo abordando a competência da mãe, aponta quatro componentes, dentre eles a satisfação marital, e concluiu que a mesma é fortemente influenciada pelo contexto familiar e cultural da mãe, pelas características da criança e da mãe, e pelo suporte social recebido pela mãe. O estudo mostrou que o suporte do pai da criança era negativamente associado com estresse da mãe e positivamente associado com autoestima e eficácia da mãe. Aquelas com maior suporte do pai da criança tinham melhor autoestima e maior sentimento de eficácia⁽²⁷⁰⁾.

A *escolaridade do pai* e sua influência no desenvolvimento da criança é ainda pouco estudada, embora a figura paterna na família tenha mudado ao longo das décadas passando de uma figura patriarcal distante para um pai mais participativo no desenvolvimento dos seus filhos. Outro estudo ressalta o impacto da escolaridade dos pais e nível socioeconômico

familiar⁽²⁹¹⁾ nos resultados de testes cognitivos, indicando que os melhores resultados estão associados à condição social e de escolaridade dos pais. A análise mostrou que o nível socioeconômico é um fator clássico de diferenciação, e que o impacto da escolaridade dos pais está fortemente associado ao nível socioeconômico.

A citação de estudos abordando a *escolaridade materna* é muito mais frequente e relatam afirmações da influência do ambiente, do nível escolar da mãe e do nível socioeconômico da família, tendo uma porcentagem alta de influência em relação ao desenvolvimento motor da criança. Um estudo realizado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul sobre a influência dessa variável no desenvolvimento motor dos lactentes, apesar de confirmar a afirmação de ser um dos principais fatores, não se obteve nos resultados, diferença significativa em relação aos grupos analisados com ou sem formação do ensino⁽²⁸⁹⁾.

Em um estudo transversal realizado em uma Unidade Básica de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, objetivando verificar a influência do nível de escolaridade materna no desenvolvimento da linguagem de crianças de 2 a 24 meses, sendo a maioria das mães da amostra (54,1%) possuidoras entre 9 e 12 anos de estudo formal, não foi demonstrado diferenças com significância estatística no que diz respeito à correlação entre escolaridade materna e um melhor desenvolvimento da linguagem de crianças de 2 a 24 meses⁽²⁹⁰⁾.

No entanto, a revisão de literatura abordando as influências da escolaridade materna e do nível socioeconômico da mãe no desenvolvimento infantil no período de zero a três anos concluiu que em grande parte dos estudos essas variáveis influenciam significativamente no desenvolvimento infantil e são de fundamental importância na melhor interação mãe-bebê proporcionando um ambiente favorável para a inclusão das habilidades motoras e/ou cognitivas dessas crianças⁽²⁹¹⁾.

As profissões que representam a *ocupação do pai*, na amostra, estão diretamente relacionadas ao setor privado e têm relação com a falta de estabilidade no emprego. Frequentemente a sociedade relaciona a figura do pai a uma representação do sustento financeiro da casa/família e, assim, analisa-se a importância dada a sua condição financeira e, a renda que contribui ou mantém a família.

A *ocupação da mãe* é destacada nos dois municípios da amostra com o emprego no comércio relacionado também ao setor privado e a falta de estabilidade no emprego. No entanto, o que chama atenção em relação à ocupação da mãe é o grande número de mulheres que relataram trabalhar no lar sem uma inserção direta no mercado de trabalho formal nos dois municípios. Correlacionando essa variável “*ocupação da mãe*”, com a variável cuidador

principal e seu resultado, no qual foi observado a ênfase dada por essas famílias na opção de responsabilização pela criação da criança pela figura materna. Foi levado em consideração a variável significativa “*posição da criança na família*”, que, em sua maioria, eram o primeiro ou segundo filho.

A figura materna da amostra desta pesquisa destoa de um pensamento de escolha pela emancipação feminina por uma inserção no mercado de trabalho, o que justificaria, inclusive, a participação das avós no apoio à família, conforme vem sendo apresentado em estudos⁽²⁷⁶⁾ sobre as famílias brasileiras. O que é um dado a ser pesquisado no cenário da família dos dois municípios.

A Tabela 4.d apresenta o perfil sociodemográfico das 875 famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa (344) e Cascavel (531), segundo as variáveis relacionadas ao perfil econômico das famílias: *renda familiar (x s.m.)*, *pessoas que contribuem com a renda*, *quem contribui com a renda* e *número de dependentes da renda*.

Tabela 4.d - Perfil das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Total		Município			
			João Pessoa-PB		Cascavel-PR	
	N	%	N	%	N	%
<i>Renda familiar (X SM)</i>						
Menos de 1 sal. mínimo	55	6,3	42	12,2	13	2,4
Um sal. Mínimo	276	31,5	159	46,2	117	22,0
2 sal. Mínimos	281	32,1	91	26,5	190	35,8
3 sal. Mínimos	158	18,1	31	9,0	127	23,9
4 sal. Mínimos	59	6,7	9	2,6	50	9,4
Mais de 4 sal. mínimos	41	4,7	10	2,9	31	5,8
Não informado	5	0,6	2	0,6	3	0,6
Total válido	875	100	344	100	531	100
<i>Pessoas que contribuem para Renda</i>						
Uma pessoa	515	58,9	243	70,6	272	51,2
Duas pessoas	316	36,1	96	27,9	220	41,4
Três ou mais pessoas	44	5,0	5	1,5	39	7,3
Total válido	875	100	344	100	531	100
<i>Quem contribui para Renda</i>						
Pai	407	46,5	184	53,5	223	42,0
Mãe	92	10,5	41	11,9	51	9,6
Pai e Mãe	288	32,9	88	25,6	200	37,7

Outros	88	10,1	31	9,0	57	10,7
Total válido	875	100	344	100	531	100
No. de Dependentes da Renda						
Até 3 dependentes	660	75,7	259	75,3	401	75,9
4 ou mais dependentes	212	24,3	85	24,7	127	24,1
Total válido	872	100	344	100	528	100

Fonte: DATASUS/TABWIN e SIAB, 2012 (Elaboração própria)

Conforme a Tabela 4.d, destaca-se, no total das famílias a *renda familiar* (x s.m.) compreendida entre “1 a 3 salários mínimos” perfazendo 81,7% (715 famílias). Igualmente, temos para os municípios, o destaque da renda compreendida entre 1 a 3 s.m.: João Pessoa (81,7%; 281 famílias) e Cascavel (81,7%; 334). No entanto, há diferenças entre os dois municípios em relação ao percentual entre 1 a 3 s.m. Em João Pessoa, destaca-se 46,2% com 01 s.m., 26,5% com 02 s.m., e um menor percentual com 3 s.m., apenas 9,0%. A amostra de cascavel-PR, o menor percentual 22,0% de 01 s.m., uma elevação de 35,8% com 02 s.m., e 23,9% com 03 s.m.

A renda da família foi citada em vários artigos^(270,286-287,292), que abordavam a correlação entre as variáveis estudadas e a influência sobre o desenvolvimento humano da criança.

Em relação à variável “*pessoas que contribuem com a renda*”, destacam-se, no total das famílias pesquisadas, ‘uma pessoa’, perfazendo 58,9% (515 famílias) e, em seguida, ‘duas pessoas’ totalizando 36,1% (316 famílias). Similarmente, para os municípios, destacam-se: em João Pessoa 70,6% com ‘uma pessoa’ (243 famílias) e 27,9% com ‘duas pessoas’ (96 famílias) e em Cascavel 51,2% com ‘uma pessoa’ (272 famílias) e 41,4% com “duas pessoas” (220 famílias).

Em relação a *quem contribui com a renda*, destacam-se no total das famílias ‘só o pai’ 46,5% (407 famílias) e ‘pai e mãe’ 32,9% (288 famílias). Similarmente, para os municípios, destacam-se: em João Pessoa ‘só o pai’ 53,5% (184 famílias) e ‘pai e mãe’ 25,6% (88 famílias), e em Cascavel, ‘só o pai’ 42,0% (223 famílias) e ‘pai e mãe’ 37,7% (200 famílias).

Em relação ao *número de dependentes da renda*, destaca-se no total das famílias ‘até 03 dependentes’ perfazendo 75,7% (660 famílias). Similarmente, para os dois municípios destacam-se ‘até 03 dependentes da renda’, sendo: João Pessoa 75,3% (259 famílias) e em Cascavel 75,9% (401 famílias).

Em linhas gerais, o resultado da renda familiar demonstra algumas similaridades entre os dois municípios. No que se refere a uma equivalência salarial entre 1 a 3 s.m. os percentuais das famílias são proporcionais, com 81,7%, assim como, o número de

dependentes da renda de até 03 pessoas. A diferença mais acentuada em relação ao perfil econômico dá-se na contribuição com a renda. Ao correlacionarmos “*as pessoas que contribuem com a renda*”, João Pessoa tem um percentual mais elevado do que o município de Cascavel. Em João Pessoa 70,6% refere-se somente uma pessoa, diferenciando de Cascavel que tem o percentual de contribuição de uma pessoa com 51%. Em relação a quem contribui, o percentual de “*só o pai*” é maior em João Pessoa, seguido de pai e mãe em relação á Cascavel.

Ao compararmos esses resultados relacionados a “*quem contribui com a renda*” com a variável ocupação da mãe da tabela 4.c em relação aos dois municípios, observa-se uma similaridade, em relação ao percentual de mulheres que declararam ter como ocupação “do lar”, sendo 43,9% em João Pessoa e 40,7% em Cascavel.

A renda familiar e as variáveis a ela correlacionadas são citadas em estudo apontando uma influência dessa variável de forma direta ou indireta no desenvolvimento infantil⁽²⁹⁰⁾. O estudo realizado em 2014, em uma população de 2244 puérperas, confirmou como fatores de risco para prematuridade de bebês a baixa escolaridade e a pobreza, indicando também a idade superior a 29 anos e uso de tabaco pelas mães⁽²⁹²⁾.

Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças e a renda familiar, o estudo afirma que o desemprego das mães (ou seja, do lar) surge como uma condição a ser refletida por afetar a condição socioeconômica da família, favorecendo a um pior estímulo ao desenvolvimento das crianças⁽²⁸⁶⁾. Outro estudo analítico transversal dentro dessa temática apresentou como resultados uma prevalência de suspeitas para um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, no qual mostrou um percentual de 27% (n=53) das 197 crianças avaliadas. Na análise multivariada revelam-se como fatores suspeitos a baixa renda familiar (or=9,3), a gestação materna com intervalo interpartal inferior a 18 meses (or=3,9) e mães sem o apoio dos pais da criança (or=7,0). Portanto, corroborando algumas variáveis desta pesquisa⁽²⁷⁰⁾.

A renda per capita média é uma das dimensões que constitui o IDHM. Os dois municípios da amostra vem aumentando sua renda nas últimas duas décadas. João Pessoa com um crescimento de 99,73%, equivalente a uma taxa média anual de crescimento de 3,71%. A taxa média de crescimento foi de 3,83%, entre 2000 e 2010, quando foram avaliados o último IDHM. A proporção de pessoas pobres que têm uma renda inferior a 1 s.m (R\$ 140,00 a preços de agosto de 2010) em João Pessoa, no ano de 2010 foi de 11,5 %. A amostra da pesquisa apresenta-se mais elevada com 12,2% na linha de pobreza. Embora a maioria tenha uma renda familiar em que predomina a renda de 1 a 3 s.m., a diferença salarial não é muito significativa em relação à linha da pobreza, pois destaca-se em João Pessoa uma concentração

de 46,2% da amostra com apenas 01 s.m. e entre 2 a 3 s.m. apenas 35,5% de pessoas. Essa renda familiar entre 1 a 3 s.m. configura-se no contexto da proporção de 66,6% da distribuição da renda por quintos da população do ano de 2010⁽²²⁰⁾.

No município de Cascavel-PR, a renda per capita média das últimas duas décadas cresceu 92,18%, equivalente a uma taxa média anual de crescimento de 3,50%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,73%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres passou de 22,00%, em 1991, para 3,27%, em 2010. A amostra da pesquisa teve apenas 2,4% na linha da pobreza. Além disso, os maiores destaques para a renda familiar entre 1 a 3 s.m. equivale na amostra a 58,7% entre 2 a 3 s.m. A renda familiar da amostra na relação de proporção de distribuição de renda por quintos da população do ano de 2010 equivale a 57% da população⁽²²⁰⁾

Se compararmos a evolução da desigualdade de renda nos dois municípios, nesses dois períodos, através do Índice de Gini, observaremos que Cascavel-PR passou de 0,57, em 1991, para 0,58, em 2000, e para 0,51, em 2010, ficando mais próxima da igualdade de renda; e João Pessoa ficou em 1991 com índice de 0,62 que permaneceu em 2000, e continuou no mesmo índice em 2010, ou seja, manteve-se uma desigualdade entre a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos de 1991 a 2010⁽²²⁰⁾.

A evolução da desigualdade de renda torna-se mais significativa quando pondera-se a diferença de renda per capita dos dois municípios nos anos de avaliação do IDHM. Em 1991, João Pessoa apresentava R\$ 483,07, passou, em 2000, para R\$ 662,00 e, em 2010, para R\$ 964,82. Cascavel apresentava em 1991, R\$ 522,11, e teve respectivamente, em 2000, R\$ 695,48 e, em 2010, R\$ 1.003,38; revelando maior poder aquisitivo no município de Cascavel-PR⁽²³⁰⁾, o que diferencia a qualidade de vida da população.

Na avaliação do perfil sociodemográfico da amostra, algumas variáveis foram trazidas à discussão para melhor contextualizar o que promulga a Constituição de 1988 e a Lei que a regulamenta. A concepção de saúde ampliada e entendida “como fatores determinantes e condicionantes, destacam entre outros fatores, *a moradia, o acesso a bens e serviços essenciais, o saneamento básico, o transporte, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o lazer e, a alimentação*, ou seja, os níveis de saúde da população expressando a organização social e econômica do país⁽²⁹³⁾”. Sendo assim, a Tabela 4.e. e 4.f. trazem alguns desses fatores para serem analisados.

Nessas Tabelas 4.e e 4.f configuram-se itens para a avaliação da própria casa em que vive a criança como um importante fator determinante para a sua saúde e a qualidade de vida, reafirmado, por estudo, o relato de ser necessário pensar que, na maior parte do tempo, é em

casa que a criança vive e as condições da moradia podem exercer papel no quadro de saúde/infantil. Portanto, a construção da casa e sua estrutura podem colaborar ou não para a garantia da saúde da criança⁽²⁹⁴⁾.

A Tabela 4.e mostra o perfil sociodemográfico das 875 famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa (344) e Cascavel (531), segundo as variáveis relacionadas ao contexto da estrutura da moradia e o acesso aos bens de consumo como: *eletrodomésticos existentes no lar, condições da casa, tipo de construção, número de cômodos e característica dominante da casa*.

TABELA 4.e – Perfil das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Total		Município			
			João Pessoa-PB		Cascavel-PR	
	N	%	N	%	N	%
Acesso aos bens de consumo						
<i>Eletrodomésticos existentes no lar</i>						
Geladeira	868	99,2	338	98,3	530	99,8
Televisão	867	99,1	342	99,4	525	98,9
Fogão a gás	871	99,5	341	99,1	530	99,8
Chuveiro elétrico	571	65,3	44	12,8	527	99,2
Rádio	707	80,8	237	68,9	470	88,5
Máquina de lavar roupa	676	77,3	168	48,8	508	95,7
Computador	401	45,8	109	31,7	292	55,0
Total válido	875	100	344	100	531	100
<i>Característica dominante da casa</i>						
Residencial	847	96,8	343	99,7	504	94,9
Comercial	9	1	1	0,3	8	1,5
Industrial	1	0,1			1	0,2
Mista	11	1,3			11	2,1
Área verde	7	0,8			7	1,3
Total válido	875	100,0	344	100,0	531	100,0

Fonte: DATASUS/TABWIN e SIAB, 2012 (Elaboração própria)

Um estudo afirma que o modo como os pais se inserem no mercado de trabalho é que define as possibilidades do acesso aos bens de consumo, e a inserção no mercado de trabalho é determinada pela escolaridade do chefe da família. Os bens de consumo são considerados macrodeterminantes para a qualidade de vida das crianças e a posse desses equipamentos é utilizada para a classificação social das famílias⁽²⁹⁵⁾.

O resultado da Tabela 4.e, deste estudo, destaca-se no total das famílias e similarmente nos municípios de João Pessoa (JP) e Cascavel (CA) o acesso a três principais bens de

consumo/eletrodomésticos: “*Geladeira*”: Total 99,2% (868 famílias), JP - 98,3% (338) e CA - 99,8% (530); “*Televisão*”: Total 99,1% (867 famílias), JP - 99,4% (342) e CA - 98,9% (525) e “*Fogão a gás*”: Total 99,5% (871 famílias), JP - 99,1% (341) e CA - 99,8% (530).

Outros itens como chuveiro elétrico e computador apresentaram diferenças significativas entre os dois municípios. O que pode ser entendido pela diferença de renda familiar entre os mesmos, conforme a Tabela 4.d, ou por necessidade pela diferença climática entre os dois municípios, João Pessoa com um clima quente a maior parte do ano e Cascavel apresentando um clima temperado com presença da estação do inverno e temperaturas baixas. Além disso, culturalmente, a população de João Pessoa mantém o uso do chuveiro frio como forma de amenizar a temperatura corpórea. E Cascavel, a cultura do chuveiro quente, principalmente na estação fria.

Em relação à *característica dominante do imóvel*, destaca-se no total das famílias ‘residencial’, perfazendo 96,8% (847 casas). Similarmente, para os dois municípios destacam-se ‘residencial’ sendo: João Pessoa, 99,7% (343 casas) e em Cascavel 94,9% (504 casas).

A maioria das famílias nos dois municípios tem casa residencial, assim como acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade. Esse quadro é favorável para o desenvolvimento da criança e sua qualidade de vida.

Complementando a avaliação do perfil sociodemográfico das 875 famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde nos municípios de João Pessoa (344) e Cascavel (531), a Tabela 4.f apresenta as variáveis de infraestrutura pública da moradia, como saneamento básico: *abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de lixo, e equipamentos sociais ao domicílio: eletricidade, infraestrutura da rua e transporte mais usado*.

Tabela 4.f - Perfil das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Total		Município			
			João Pessoa-PB		Cascavel-PR	
	N	%	N	%	N	%
Saneamento básico:						
Abastecimento de água						
Rede oficial e tratada	785	89,7	276	80,2	509	95,9
Encanada com abastecimento regular	57	6,5	49	14,2	8	1,5
Encanada c/abastecimento irregular	13	1,5	11	3,2	2	0,4
Água de poço	19	2,2	8	2,3	11	2,1
Mina	1	0,1	-	-	1	0,2

Total válido	875	100,0	344	100,0	531	100,0
Rede de esgoto						
Rede oficial	494	56,5	186	54,1	308	58,1
Fossa	364	41,6	148	43,0	216	40,8
Esgoto a céu aberto	16	1,8	10	2,9	6	1,1
Total válido	874	100,0	344	100,0	530	100,0
Coleta de lixo						
Regular	856	97,8	332	96,5	524	98,7
Irregular	10	1,1	8	2,3	2	0,4
Queimado	5	0,6	1	0,3	4	0,8
Enterrado	1	0,1	-	-	1	0,2
Acumulado	3	0,3	3	0,9		
Total válido	875	100,0	344	100,0	531	100,0
Equipamentos sociais ao domicílio:						
Infraestrutura da rua						
Asfalto	497	56,8	50	14,5	447	84,2
Calçamento	169	19,3	152	44,2	17	3,2
Terra	209	23,9	142	41,3	67	12,6
Total válido	875	100	344	100	531	100
Eletricidade						
Rede oficial	856	97,9	333	96,8	523	98,7
Ligação coletiva	13	1,5	10	2,9	3	0,6
Ligação clandestina	4	0,5	1	0,3	3	0,6
Ausente	1	0,1	-	-	1	0,2
Total válido	874	100,0	344	100,0	530	100,0
Transporte mais usado						
Carro próprio	318	36,6	66	19,5	252	47,5
Motocicleta	88	10,1	56	16,5	32	6,0
Ônibus coletivo	447	51,4	212	62,5	235	44,3
Bicicleta	9	1,0	5	1,5	4	0,8
Outros	8	0,9	-	-	8	1,5
Total válido	870	100,0	339	100,0	531	100,0

Fonte: DATASUS/TABWIN e SIAB, 2012 (Elaboração própria)

As condições de saneamento básico refletem a infraestrutura dos municípios que são fundamentais para as condições de saúde e a qualidade de vida da população, principalmente no que se refere às crianças e o seu desenvolvimento e crescimento e às situações de risco do ambiente onde vivem.

Conforme a Tabela 4.f, destaca-se no total das famílias e similarmente nos municípios de João Pessoa e Cascavel, ‘rede oficial e tratada’ como principal meio de *abastecimento de água*: Total das casas, 89,7% (785 casas), JP – 80,2% (276) e CA - 95,9% (509).

Em relação à *rede de esgoto*, destacam-se no total das famílias pesquisadas ‘rede oficial’ perfazendo 56,5% (494 residências), seguido de ‘fossa’ totalizando 41,6% (364 residências). Similarmente, para os municípios, destacam-se: em João Pessoa, ‘rede oficial’ 54,1% (186 residências) e ‘fossa’ 43,0% (148 residências). Em Cascavel, ‘rede oficial’ 58,1% (308 residências) e ‘fossa’, 40,8% (216 residências).

Em relação à *coleta de lixo*, destaca-se no total das residências ‘coleta regular’ totalizando 97,8% (856 residências). Similarmente, para os municípios, destacam-se: em João Pessoa ‘coleta regular’ 96,5% (332 residências) e, em Cascavel, ‘coleta regular’ 98,7% (524 famílias).

As condições de saneamento básico nos dois municípios demonstram que a maioria das famílias tem condições favoráveis no que se refere a esse item.

Em relação aos equipamentos sociais ao domicílio, enquanto macro determinante para a qualidade de vida das crianças, observa-se que a *eletricidade*, destaca-se no total das residências ‘rede oficial’ totalizando 97,9% (856 residências). Similarmente, para os municípios, destacam-se: em João Pessoa ‘rede oficial’ 96,8% (333 residências) e, em Cascavel, ‘rede oficial’ 98,7% (523 famílias).

Em relação à *infraestrutura da rua*, destaca-se no total das famílias ‘asfalto’ perfazendo 56,8% (497 casas). Para os municípios pesquisados, destaca-se: em João Pessoa, ‘calçamento’, 44,2% (152 casas) e em Cascavel, ‘asfalto’, 84,2% (447 casas). Em relação ao *transporte mais usado*, destacam-se no total das famílias ‘ônibus coletivo’, perfazendo 51,4% (447 famílias), seguido de ‘carro próprio’ 36,6% (318 famílias). Para os dois municípios, destacam-se ‘ônibus coletivo’, sendo: João Pessoa, 62,5% (212 famílias) e em Cascavel 44,3% (235 famílias), seguido de ‘carro próprio’, sendo em João Pessoa 19,5% (66 famílias) e em Cascavel 47,5% (252 famílias).

Em relação ao quadro de desenvolvimento humano dos municípios, alguns desses itens da Tabela 4.e e a Tabela 4.f são contemplados no que se refere à vulnerabilidade social de crianças e jovens analisando as condições de moradia, entre outros itens. Os indicadores de habitação também são aspectos de avaliação do desenvolvimento humano do PNUD. Tanto a vulnerabilidade social como a renda são relacionados à dimensão da renda dos municípios⁽²²⁰⁾.

Em relação a João Pessoa, o item condição de moradia do Atlas Desenvolvimento Humano Brasileiro (ADHB), ao analisar o percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada, demonstra que entre 1991 85,42% da população tinha esse acesso e, em 2010, o percentual passou a ser 97,1%. Já em Cascavel, esse percentual da população

em domicílios com banheiro e água encanada em 1991 era de 84,63 e passou a ser de 98,70% em 2010.

Na avaliação do item da habitação, o atlas do desenvolvimento humano dos municípios apresenta para João Pessoa-PB, em 1991, a população com água encanada de 88,23%, passando em 2010 para 99,50%. Em relação à população em domicílios com energia elétrica em 1991 nesse município era de 99,15% e, passou em 2010 para 99,90%. Ainda em relação à avaliação da habitação para o município citado, o percentual da população em domicílios com coleta de lixo em 1991 era de 83,98% e em 2010 passou a ser de 99,2%⁽²²⁰⁾.

Para a avaliação da habitação, o atlas do desenvolvimento humano dos municípios (ADHM) apresenta para o município de Cascavel-PR, o percentual da população com água encanada, em 1991, de 91% e, em 2010, com 98,20%. Em relação ao percentual da população em domicílios com energia elétrica em 1991, no município de Cascavel-PR era de 96,95 e passou, em 2010, para 99,75%. Outro aspecto avaliado na habitação para o município citado, refere-se ao percentual da população em domicílios com coleta de lixo, 94,55% em 1991 e, em 2010, passou a ser de 99,66%⁽²²⁰⁾.

Comparando os dados apresentados no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) relacionados aos dois municípios e dados da amostra dessa pesquisa, observa-se que, João Pessoa-PB e Cascavel-PR têm os índices abaixo da média apresentadas no PNUD nos três itens analisados, a saber, coleta de lixo, energia elétrica e água encanada, embora João Pessoa-PB apresente maiores diferenças.

5.4 Comparação dos escores essenciais e gerais da APS com o perfil das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde de João Pessoa-PB e Cascavel-PR

Para a comparação dos escores essenciais e gerais da APS com perfil das famílias, serão considerados o cuidador principal e os anos de estudo dos cuidadores e família (pai e mãe), por ser a família o espaço social da criança e atrelado a isso, serão considerados o nível de educação dessas pessoas, por esse dado apresentar certo impacto no desenvolvimento infantil.

A EBBS propõe considerar que o desenvolvimento saudável dos brasileiros e o desenvolvimento sustentável do país começam no começo da vida. Para isso, avalia-se o apego seguro como tarefa de instalar e manter a conexão do bebê com o mundo e isso

depende da qualidade estabelecida do recém-nato ao seu cuidador, citando a presença ou ausência da mãe como fator de continuidade em sua linha de vida⁽²⁶²⁾.

Outra variável citada pela EBBS⁽²⁶²⁾ e outros autores⁽²⁸⁹⁻²⁹⁰⁾, a importância do acesso do cuidador à educação como um fator significativo para o desenvolvimento da criança.

Relacionando-se essas variáveis aos escores essencial e geral da APS com dados estatísticos de associação e comparação através de teste paramétrico ou de comparação de duas amostras independentes.

A associação entre o perfil sócio-demográfico e as famílias das crianças atendidas nas unidades de atenção básica em saúde nos dois municípios observou-se com o teste de associação de Qui-Quadrado, aplicado na Tabela 5.

TABELA 5 - Comparação de variáveis sociodemográficas das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS ^(a)	Total		Município				Sig. valor-p
			João Pessoa-PB		Cascavel-PR		
	n	%	n	%	N	%	
Cuidador principal							p=0,000*
Mãe	742	84,8	313	91,0	429	80,8	
Avós	66	7,5	14	4,1	52	9,8	
Outros	67	7,7	17	4,9	50	9,4	
Total válido	875	100	344	100	531	100	
Anos de estudos do cuidador							p=0,189
Até 10 anos	461	54	176	51,3	285	55,9	
Mais de 10 anos	392	46	167	48,7	225	44,1	
Total	853	100	343	100	510	100	
Tempo de estudos da mãe							p=0,628
Até 10 anos	439	50,9	171	49,9	268	51,5	
Mais de 10 anos	424	49,1	172	50,1	252	48,5	
Total válido	863	100	343	100	520	100	
Tempo de estudos do pai							p=0,899
Até 09 anos	412	50,7	163	50,5	249	50,9	
Mais de 09 anos	400	49,3	160	49,5	240	49,1	
Total válido	812	100	323	100	489	100	

^(a)Teste de associação de Qui-Quadrado – resultados significativos, ^(*)valor-p < 0,01 ou 0,05.

Essa comparação das variáveis sociodemográficas das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde da criança segundo os dois municípios pesquisados

apenas a variável cuidador principal foi estatisticamente significativa (valor- $p=0,000<0,01$) entre os modelos de atenção de saúde apenas em relação ao cuidador principal “mãe”, fornecendo: João Pessoa (91,0%) e Cascavel (80,8%). O resultado corrobora pesquisas que demonstraram estatisticamente significativo ser a mãe a principal cuidadora⁽²⁹⁶⁻²⁹⁸⁾.

No entanto, em relação aos anos de estudo do “cuidador principal”, “mãe” e “pai” não houve resultado significativo (valor- $p>0,05$). Apesar desse resultado do teste Qui-quadrado, a comparação entre os dois municípios demonstrou melhores percentuais para Cascavel-PR. Destaca-se o cuidador principal com mais de 10 anos de estudos; mãe com mais de 10 anos de estudos e pai com até 09 anos de estudos.

Na Tabela 6, para comparação dos escores Essencial-APS e Geral-APS, segundo *cuidador principal* das crianças foi aplicado o teste A ANOVA de um fator (one-way). O teste não apresentou diferença significativa (valor- $p>0,05$), embora, tenha fornecido uma maior avaliação média nos dois indicadores para “outros cuidadores” nos dois grupos estudados, evidenciando a participação desses outros cuidadores.

Tabela 6 - Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo a variável sociodemográficas cuidador principal, segundo município de atendimento, João Pessoa-PB (n=344) e Cascavel-PR (n=531)

ESCORES Atributos da APS	Variável Cuidador	n válido	Média dos escores ^(a)	Erro Padrão	Estatístic F	Signific. <i>p</i> -valor
AMOSTRA TOTAL						
Escore Essencial/APS ^(b)	-Mãe	742	6,71	0,046	0,287	p=0,751
	-Avós	66	6,77	0,137		
	-Outros	67	6,82	0,147		
Escore Geral/APS ^(b)	-Mãe	742	6,37	0,050	0,361	p=0,697
	-Avós	66	6,42	0,140		
	-Outros	67	6,50	0,158		
JOÃO PESSOA-PB						
Escore Essencial/APS ^(b)	-Mãe	313	6,60	0,078	0,640	p=0,528
	-Avós	14	6,20	0,296		
	-Outros	17	6,45	0,354		
Escore Geral/APS ^(b)	-Mãe	313	6,39	0,084	0,363	p=0,696
	-Avós	14	6,06	0,348		
	-Outros	17	6,29	0,324		
CASCATEL-PR						
	-Mãe	429	6,79	0,056		

Escore Essencial/APS ^(b)	-Avós	52	6,92	0,148	0,633	p=0,531
	-Outros	50	6,94	0,154		
Escore Geral/APS ^(b)	-Mãe	429	6,35	0,060	1,052	p=0,350
	-Avós	52	6,51	0,150		
	-Outros	50	6,58	0,182		

^(a) ANOVA *one-way* (paramétrica), resultados não significativos: valor-p > 0,05

^(b) Teste de homogeneidade variâncias, aceita a igualdade de variâncias (valor-p > 0,05).

Em relação a João Pessoa-PB, para comparação dos escores Essencial-APS e Geral-APS, segundo *cuidador principal* das crianças, também não apresentou diferença estatisticamente significativa (valor-p>0,05), embora, tenha mostrado uma melhor avaliação média nos dois indicadores para a cuidadora “mãe”.

A avaliação de Cascavel-PR, segundo *cuidador principal* das crianças, também não apresentou diferença estatisticamente significativa (valor-p>0,05), mas, apresentou uma maior avaliação média nos dois indicadores para “outros cuidadores”, no município de Cascavel-PR.

Nas Tabelas 7a, 7b e 7c, foi utilizado o teste t e o teste de homogeneidade de variâncias comparando os escores Essencial e Geral da APS da criança, segundo as variáveis sociodemográficas anos de estudo do Cuidador, da Mãe e do Pai, sendo respectivamente relacionada à amostra, ao município de João Pessoa- PB e ao município de Cascavel-PR.

Tabela 7.a - Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo as variáveis sociodemográficas. Anos de estudo (Cuidador, Mãe e do Pai) da amostra.

ESCORES Atributos da APS	Variável Anos de estudos	N válido	Média dos escores ^(a)	Erro Padrão	Signific. valor-p
	Cuidador principal				
Escore essencial	Até 10 anos	461	6,65	0,056	p=0,137
	Mais de 10 anos	392	6,78	0,065	
Escore Geral/APS ^(b)	Até 10 anos	461	6,31	0,060	p=0,139
	Mais de 10 anos	392	6,44	0,069	
	Mãe				
Escore essencial	Até 10 anos	439	6,67	0,058	p=0,150
	Mais de 10 anos	424	6,79	0,062	
Escore Geral/APS ^(b)	Até 10 anos	721	6,31	0,062	p=0,066
	Mais de 10 anos	746	6,48	0,066	
	Pai				
Escore essencial	Até 09 anos	412	6,78	0,061	p=0,270
	Mais de 09 anos	400	6,69	0,063	

Escore Geral/APS ^(b)	Até 09 anos	412	6,42	0,066	p=0,693
	Mais de 09 anos	400	6,38	0,067	

^(a) Teste t (comparação das médias de 2 grupos independentes): Result. não signific. valor-p > 0,05

^(b) Teste de homogeneidade de variância, aceita a igualdade de variâncias (valor-p > 0,05)

Na Tabela 7a, nas variáveis que compuseram o Escore Essencial da APS- os dois modelos apresentaram desempenho satisfatório (>6,6) segundo a variável anos de estudos/ cuidador/mãe/pai) não havendo diferença estatística significativa entre o tempo de estudo e o escore essencial.

A Tabela 7.b, relacionada ao município de João Pessoa-Pb e os anos de estudo do cuidador, foi aplicado o teste *t* para comparação dos escores Essencial-APS e Geral-APS, segundo “anos de estudos” do cuidador principal, anos de estudo da mãe e os anos de estudo do pai desse município.

Tabela 7.b - Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo as variáveis sociodemográficas anos de estudo (Cuidador, Mãe e do Pai), João Pessoa-PB

sociodemográficas anos de estudo (Cuidador), Mãe e do Pai), João Pessoa-PB					
ESCORES Atributos da APS	Variável Anos de estudos	N Válido	Média dos escores ^(a)	Erro Padrão	Signific. valor- <i>p</i>
	Cuidador				
Escore Essencial/APS ^(b)	Até 10 anos	176	6,49	0,097	p=0,199
	Mais de 10 anos	167	6,68	0,112	
Escore Geral/APS ^(b)	Até 10 anos	176	6,31	0,105	p=0,434
	Mais de 10 anos	167	6,44	0,118	
	Mãe				
Escore Essencial/APS ^(b)	Até 10 anos	171	6,52	0,098	p=0,456
	Mais de 10 anos	172	6,64	0,110	
Escore Geral/APS ^(b)	Até 10 anos	171	6,34	0,106	p=0,693
	Mais de 10 anos	172	6,41	0,116	
	Pai				
Escore Essencial/APS ^(b)	Até 09 anos	163	6,69	0,106	p=0,257
	Mais de 09 anos	160	6,52	0,111	
Escore Geral/APS ^(b)	Até 09 anos	163	6,49	0,112	p=0,285
	Mais de 09 anos	160	6,31	0,118	

^(a) Teste t (comparação das médias de 2 grupos independentes) : Result. não signific. valor-p > 0,05

^(b) Teste de homogeneidade de variância, não rejeita a igualdade de variâncias (valor-p > 0,05)

Nas variáveis mostradas na tabela 7b. em nenhuma das comparações foi apresentada diferenças estatisticamente significativas (valor- $p > 0,05$). Da mesma forma, que na Tabela anterior do estudo, mostrou uma maior avaliação nos dois indicadores para os cuidadores com mais de 10 anos de estudo, para as mães com mais de 10 anos de estudo, para os pais com até 09 anos de estudo, respectivamente, no município de João Pessoa-PB.

Tabela 7.c - Comparação dos escores Essencial e Geral da APS da criança segundo as variáveis sociodemográficas anos de estudo (Cuidador, Mãe e do Pai), Cascavel-PR

ESCORES Atributos da APS	Variável Anos de estudos	N válido	Média dos escores^(a)	Erro Padrão	Signific. valor-p
	Cuidador				
Escore Essencial/APS ^(b)	Até 10 anos	285	6,75	0,067	p=0,325
	Mais de 10 anos	225	6,85	0,078	
Escore Geral/APS ^(b)	Até 10 anos	285	6,31	0,073	p=0,195
	Mais de 10 anos	225	6,45	0,082	
	Mãe				
Escore Geral/APS ^(b)	Até 10 anos	268	6,76	0,070	p=0,175
	Mais de 10 anos	252	6,90	0,072	
Escore Essencial/APS ^(b)	Até 10 anos	268	6,29	0,077	p=0,030*
	Mais de 10 anos	252	6,52	0,076	
	Pai				
Escore Geral/APS ^(b)	Até 9 anos	249	6,85	0,074	p=0,669
	Mais de 9 anos	250	6,80	0,075	
Escore Geral/APS ^(b)	Até 9 anos	249	6,37	0,081	p=0,639
	Mais de 9 anos	250	6,43	0,080	

^(a)Teste t (comparação das médias de 2 grupos independentes) : ^(*) Result. signific. valor-p < 0,05

^(b) Teste de homogeneidade de variância, não rejeita a igualdade de variâncias (valor-p > 0,05).

Em relação ao município de Cascavel-PR, o teste *t* ao ser aplicado na Tabela 7.c. com a variável anos de estudo do cuidador, para comparação dos escores Essencial-APS e Geral-APS, não apresentou diferença estatisticamente significativa (valor- $p > 0,05$), ao analisar os anos de estudo do cuidador principal, os anos de estudo da mãe e os anos de estudo do pai, mas sim, também apresentou uma maior avaliação nos dois indicadores para os cuidadores com mais de 10 anos de estudo, para as mães com mais de 10 anos de estudo, e dos pais com até 9 anos de estudo para o escore Essencial e com mais de 9 anos de estudo para o escore Geral, no município de Cascavel-PR. Apenas para anos de estudos do cuidador “mae”, o Escore

Geral/APS apresentou diferença significativa (valor- $p < 0,05$), fornecendo uma maior avaliação de 10 anos de estudos(6,52) em relação à avaliação de 10 anos ou menos de estudos(6,29).

Na busca de uma associação entre o grau de orientação para a APS e as características sócio-econômicas e demográficas, a comparação das variáveis apresentou um resultado bastante significativo para a variável mãe enquanto cuidadora principal da criança. Para a comparação da variável anos de estudo do cuidador, mãe e o escore geral/APS apresentou uma diferença significativa para o município de Cascavel.

5.5 Avaliação da efetividade dos atributos da dimensão processual e estrutural comparando aos resultados da saúde infantil de municípios

Para avaliar os resultados dos atributos da dimensão processual e estrutural deste estudo, resgata-se os fundamentos de base teórica do sistema de medição da avaliação da efetividade do capítulo 03, no que se refere a mensurar o impacto da atenção primária sobre o estado de saúde a partir da perspectiva populacional. Neste sentido, o enfoque central será correlacionar os resultados obtidos com o PCATool Brasil versão criança em relação a orientação à APS dos municípios, imbricando com os modos de prestação dos serviços de saúde e as mudanças estruturais para explicar os alcances, mudanças da utilização desta ferramenta na direção à adequação de ofertas e as relações desse nível de atenção, correlacionando com os indicadores de saúde infantil para orientar a uma posterior tomada de decisão.

Os municípios estudados têm na organização dos seus sistemas de saúde locais, a rede de atenção à saúde, como visto anteriormente; João Pessoa desde o ano de 2002 com a habilitação plena⁽²³³⁾ e Cascavel desde 2007⁽²³⁰⁾, com a organização da gestão municipal de ações básicas.

Como a construção de redes de atenção à saúde é uma das estratégias para a consolidação do SUS na busca da efetivação do princípio da integralidade⁽³¹⁾ e nesta construção das redes cada serviço de saúde deve ser capaz de ofertar uma densidade tecnológica para cumprir suas funções na complexidade dos problemas de saúde⁽³⁰⁰⁾, entende-se que esta deve ser o foco da avaliação da APS, por ser o eixo estruturante do sistema de saúde, e portanto, compor a organização dos serviços de saúde em rede de tecnologia diversificada e complementar, para responder aos problemas identificados no processo saúde-

doença como coordenador do cuidado. Sendo assim, a organização da APS em rede é importante para implementar efetivamente a integralidade do cuidado em saúde da criança⁽³⁰⁰⁾.

Entendendo este aspecto da APS na organização das redes de atenção à saúde, adota-se iniciar a avaliação dos serviços de saúde pelo componente processo com o intuito de identificar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção em busca de permitir que a relação entre processo e resultado traga resultados significativos para a tomada de decisão a partir da avaliação do componente estrutura. Estrutura, como a construção da rede centrada na movimentação do usuário entre os distintos nós (serviços de saúde) da rede de serviços em busca de uma resolutividade⁽³⁰⁰⁾.

A modificação deve-se à escolha de direcionar a avaliação ao usuário, no caso os cuidadores das crianças atendidas nos serviços da APS, por ser o “processo” um componente essencial em que a interação com o usuário concretiza a ação de saúde e é o espaço em que o serviço leva em conta o contexto da vida dos usuários. Esta interação⁽³⁰⁰⁾, respalda a proposta de avaliação participativa da quarta geração de avaliação em saúde de Guba e Lincoln, autores utilizados como base do resgate histórico deste estudo.

A atenção à saúde na APS se processa mediante o primeiro contato, a garantia de acesso, o cuidado para um amplo espectro de necessidades de saúde e, a continuidade desta atenção com o estabelecimento de vínculo⁽¹⁸³⁾. Estes são atributos essenciais da APS.

Analisaremos a dimensão processual, o atributo acesso com o componente *utilização*, o atributo longitudinalidade, o atributo coordenação – *integração do cuidado* e o atributo integralidade – *serviços prestados*, além dos atributos essenciais relacionados à Estrutura (Longitudinalidade – *Grau de afiliação*, Acesso – *Acessibilidade*, Coordenação – *Sistemas de Informação* e Integralidade – *Serviços disponíveis*) avaliados entre os dois municípios. Também será analisado, o escore essencial dos serviços da atenção primária à saúde da criança nos municípios de João Pessoa-PB e Cascavel-PR (2012-2013).

Para isso, a Tabela 8 apresenta as medidas descritivas dos escores (0-10) e o teste t para comparação das médias (ou o equivalente teste não-paramétrico U de Mann-Whitney) desses atributos essenciais relacionados à dimensão processual e estrutural. Este teste mostra a diferença estatisticamente significativa entre os municípios.

Tabela 8 – Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos essenciais relacionados a processos e estrutura dos serviços de atenção primária à saúde da criança de João Pessoa, PB e Cascavel, PR (2012-2013).

Atributos essenciais	Localização/ Municípios	n Válido	Escore médio	Erro padrão	Escore mínimo	Escore máximo	Valor-p
PROCESSOS⁽⁺⁾							
Acesso -Utilização	João Pessoa-PB	343	8,3	0,12	2,2	10	0,994
	Cascavel-PR	530	8,5	0,08	1,1	10	
Longitudinalidade	João Pessoa-PB	343	6,5	0,08	1,4	9,3	0,000
	Cascavel-PR	531	5,8	0,07	0	10	
Integralidade – Serviços Prestados	João Pessoa-PB	343	5,3	0,19	0	10	0,001
	Cascavel-PR	526	6,1	0,15	0	10	
Coordenação – Cuidado	João Pessoa-PB	96	6,5	0,35	0	10	0,200
	Cascavel-PR	154	7,0	0,27	0	10	
ESTRUTURA⁽⁺⁾							
Acesso - Acessibilidade	João Pessoa-PB	342	5,0	0,13	0	10	0,008
	Cascavel-PR	526	5,6	0,12	0	10	
Longitudinalidade - Grau de afiliação	João Pessoa-PB	344	8,0	0,16	0	10	0,026
	Cascavel-PR	531	7,6	0,12	0	10	
Integralidade – Serviços Disponíveis	João Pessoa-PB	282	5,2	0,10	0	10	0,000
	Cascavel-PR	436	6,0	0,11	0	10	
Coordenação – Sistemas de Informação	João Pessoa-PB	344	7,5	0,11	0	10	0,000
	Cascavel-PR	531	7,8	0,07	1,1	10	
Escore Essencial APS (++)	João Pessoa-PB	344	6,6	0,074	3,0	9,5	0,012
	Cascavel-PR	531	6,8	0,050	2,2	9,3	

Fonte: PCATOOL – Brasil versão criança (Elaboração própria)

(⁺) Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

(⁺⁺) Teste t (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

De acordo com os resultados, em relação aos quatro atributos referentes aos componentes processuais na Tabela 8, apenas dois dentre os quatro componentes apresentaram resultados estatisticamente significativos (p-valor < 0,05). O atributo *acesso-utilização* mostrou uma semelhança no escore médio entre os dois grupos estudados.

Os dois serviços de saúde investigados apresentando desempenho insatisfatório para os atributos *longitudinalidade* e *integralidade-Serviços prestados*, representados pelo escore médio <6,6. Entretanto, houve evidência estatisticamente entre os grupos estudados.

As unidades de saúde da família do município de João Pessoa apresentam na Tabela 8 em relação às medidas descritivas dos escores médios de cada atributo processual o mais baixo desempenho de satisfação em relação à *integralidade-serviços prestados*. Já as unidades básicas de saúde de Cascavel obtiveram baixo desempenho em relação à *longitudinalidade*.

No atributo coordenação, a UBS de Cascavel apresentou desempenho satisfatório. Entretanto, no uso do teste de associação, não houve diferenciação estatisticamente significativa entre os grupos estudados.

O componente processual *utilização do atributo acesso* teve em ambos os municípios desempenho satisfatório, sem diferença estatística significativa entre os grupos.

Para os atributos essenciais relacionados à estrutura, os resultados na Tabela 8 mostram que todos os quatro componentes apresentaram resultados significativos através do teste de Mann-Whitney sendo a significância p-valor $<0,05$ e os escores médios de três dos componentes estruturais (*acessibilidade, sistemas de informação, e serviços disponíveis*) tiveram desempenhos satisfatórios nas UBS de Cascavel em relação as USF de João Pessoa. No componente estrutural, **grau de afiliação-longitudinalidade**, a USF de João Pessoa teve um desempenho satisfatório a UBS de Cascavel.

Destacável na Tabela 8, em relação às medidas descritivas dos escores médios de cada atributo estrutural, as unidades de saúde dos grupos estudados obtiveram desempenho insatisfatório em relação ao *acesso-acessibilidade* (5,0 – 5,6) e *integralidade-serviços disponíveis* (5,2 – 6,0). Da mesma forma, os dois grupos obtiveram desempenho satisfatório em *coordenação-sistemas de informação* (7,5 – 7,8) e *longitudinalidade-grau de afiliação* (8,0 – 7,5).

Por fim, a comparação do Escore Essencial da APS entre os modelos de atenção à saúde dos municípios de João Pessoa e Cascavel, a partir da aplicação do teste paramétrico *t* na Tabela 8 apresentou uma diferença estatística significativa entre os escores médios essenciais (ou seja, significância p-valor $< 0,05$), tendo a UBS de Cascavel (**6,8**) apresentado um desempenho satisfatório melhor em relação as USF de João Pessoa (6,6).

Para a avaliação dos atributos comparando os serviços (USF e UBS) da APS, aplicou-se o teste de associação de Qui-Quadrado, para comparação dos serviços da APS das crianças atendidas, segundo informações dos cuidadores dos dois municípios pesquisados. A Tabela 9 apresenta os resultados em relação aos percentuais satisfatórios para todos os atributos processuais e estruturais.

Tabela 9 - Avaliação dos Atributos Estrutura e Processo e Escore Essencial da APS da criança segundo Unidades de Saúde – (João Pessoa-USF x Cascavel-UBS)

segundo Unidades de Saúde (pelo Pessoa-PSF e Cascavel-PSF)							Sig. <i>valor-p</i>
AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS – APS ⁽⁺⁾	Total		Município				
			J. Pessoa-PB		Cascavel-PR		
	n	%	N	%	N	%	

ATRIBUTOS DE PROCESSO							
B - Acesso: Utilização							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	781	89,5	295	86,0	486	91,7	p=0,007*
Não-satisfatória ($< 6,6$)	92	10,5	48	14,0	44	8,3	
Total válido	873	100	343	100	530	100	
D - Longitudinalidade							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	330	37,8	183	53,4	147	27,7	p=0,000*
Não-satisfatória ($< 6,6$)	544	62,2	160	46,6	384	72,3	
Total válido	874	100	343	100	531	100	
E - Coordenação: Integração de cuidados							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	152	60,8	53	55,2	99	64,3	p=0,153
Não-satisfatória ($< 6,6$)	98	39,2	43	44,8	55	35,7	
Total válido	250	100	96	100	154	100	
H - Integralidade: Serviços Prestados							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	477	54,9	136	39,7	341	64,8	p=0,000*
Não-satisfatória ($< 6,6$)	392	45,1	207	60,3	185	35,2	
Total válido	869	100	343	100	526	100	
ATRIBUTOS DE ESTRUTURA							
A - Grau de Afiliação							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	519	59,3	252	73,3	267	50,3	p=0,000*
Não-satisfatória ($< 6,6$)	356	40,7	92	26,7	264	49,7	
Total válido	875	100	344	100	531	100	
C - Acesso: Acessibilidade à APS							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	437	50,3	115	33,6	322	61,2	p=0,000*
Não-satisfatória ($< 6,6$)	431	49,7	227	66,4	204	38,8	
Total válido	868	100	342	100	526	100	
F - Coordenação: Sistema de Informação							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	750	85,7	274	79,7	476	89,6	p=0,000*
Não-satisfatória ($< 6,6$)	125	14,3	70	20,3	55	10,4	
Total válido	875	100	344	100	531	100	
G - Integralidade: Serviços Disponíveis							
Satisfatória ($\geq 6,6$)	295	41,1	70	24,8	225	51,6	p=0,000*
Não-satisfatória ($< 6,6$)	423	58,9	212	75,2	211	48,4	
Total válido	718	100	282	100	436	100	
ESCORE ESSENCIAL- APS							
Orientado à APS ($\geq 6,6$)	509	58,2	178	51,7	331	62,3	p=0,002*
Não orientado à APS ($< 6,6$)	366	41,8	166	48,3	200	37,7	
Total válido	875	100	344	100	531	100	

(*) Teste de associação de Qui-quadrado, resultados significativos: (*) valor-p<0,01 ou 0,05.

Observa-se que estes resultados foram bastante significativos (valor-p=0,000<0,01) para os atributos processuais, exceto para o componente *integração de cuidados* do atributo *coordenação* que não apresentou diferença estatisticamente significativa (valor-p>0,05) em

relação aos percentuais satisfatórios, embora a UBS de Cascavel tenha apresentado melhor resultado do que as USF de João Pessoa: UBS **(64,3%)** x USF (55,2%).

Os dados da Tabela 9, mostram também para o componente *utilização* resultados satisfatórios nos dois municípios, com melhor percentual para as UBS paranaense: UBS **(91,7%)** x USF (86,0%).

Os dois outros componentes processuais em relação aos municípios e modelos de atenção, *longitudinalidade* - USF **(53,4%)** x UBS (27,7%) e *serviços prestados* - UBS **(64,8%)** x USF (39,7%), reafirmaram os resultados da avaliação do escore médio, da tabela 8, para cada atributo. Destacam-se, os percentuais insatisfatórios no componente processual em *longitudinalidade*, de 27,2% para as unidades de saúde de Cascavel, e de *integralidade*, 39,7% para as unidades da família de João Pessoa.

Na Tabela 9, o teste de associação Qui-Quadrado aplicado para comparação dos serviços APS das crianças atendidas, segundo informações dos cuidadores dos dois municípios pesquisados, também apresentam em seus resultados diferenças bastante significativas (valor- $p=0,000<0,01$) para todos os atributos estruturais, fornecendo os seguintes percentuais satisfatórios: “*Grau de afiliação*”-USF **(73,3%)** x UBS (50,3%); “*Acessibilidade*” – UBS **(61,2%)** x USF (33,6%); “*Sistemas de informação*” -UBS **(89,6%)** x USF (79,7%); e “*Serviços disponíveis*” - UBS **(51,6%)** x USF (24,8%). Os resultados da comparação entre os serviços reafirmaram a avaliação na Tabela 8 em relação ao escore médio para cada atributo, corroborando um desempenho satisfatório para USF em “*Grau de afiliação*” e para UBS, uma resposta positiva nos outros três componentes dos atributos estruturais.

Destacam-se, no componente estrutural, os percentuais insatisfatórios em *integralidade* (24,8%) e *acesso-acessibilidade* (33,6%) para as unidades de saúde de João Pessoa e quando observam-se suas diferenças em relação a de Cascavel, elas mostram que a estrutura da rede de serviços de João Pessoa tem na *acessibilidade* e nos *serviços disponíveis* seus principais nós críticos, na perspectiva do cuidador da criança. Esse fato pode estar ligado à discussão quanto a capacidade da atenção básica de responder a toda a gama de demandas e/ou necessidades de saúde da crianças e sua família. A reformulação de ações no eixo estruturante dos componentes apontados no sistema poderá conduzir a uma organização que leve a dispor de novas tecnologias propiciando resposta aos problemas do processo saúde-doença⁽³⁰⁰⁾.

O resultado do “Escore Essencial” da Tabela 9 quanto à orientação à APS através das médias de cada atributo entre os tipos de serviços (USF e UBS) na análise de proporções com

o teste qui-quadrado, assumindo um nível de significância com valor- $p < 0,05$, segundo os cuidadores das crianças atendidas pelos serviços de saúde, mostra que 58,2% da amostra do estudo confere um desempenho satisfatório para os serviços de saúde estudados, e entre os dois serviços, UBS obtendo o percentual de **62,3%** e USF com a proporção de 51,7%. Confirmando quanto a orientação à APS, uma diferença estatística significativa. Ou seja, os modelos de atenção dos dois municípios são orientados para a atenção primária em saúde, segundo atributos essenciais, ainda que a UBS tradicional apresente diferença estatística significativa para os atributos essenciais.

Na análise dos atributos, aborda-se inicialmente o “*acesso*”. Pensar em *acesso* é falar de direito e de cidadania. Partindo desta premissa, toma-se o princípio primeiro da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (CDUS) do CNS e MS⁽³⁰¹⁾, que garante a todo cidadão brasileiro a facilidade de acesso aos serviços de saúde do SUS e as suas instituições conveniadas. Como eixo norteador da CDUS, o acesso tem uma concepção da entrada dos usuários no sistema de saúde através dos serviços e para a rede de atenção à saúde. Mais do que a entrada, pauta-se que ela deva ser com respeito, solidariedade, reconhecendo-se os direitos e o fortalecimento da autonomia dos seres humanos envolvidos no processo; usuários, trabalhadores e gestores da saúde. O *acesso* é um princípio fundamental da APS e do SUS⁽³⁰¹⁻³⁰²⁾.

Além do que, para a criança é um direito fundamentado pelo ECA no seu artigo 11 que diz que a criança tem a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde⁽³⁰³⁾.

O acesso é a forma como a criança e sua família experimenta a atenção ao primeiro contato no seu serviço de saúde^(3,304). A *utilização* dos serviços de saúde compreende todo contato direto ou indireto com os mesmos e, resulta da interação do comportamento dos usuários, serviços disponíveis e os profissionais de saúde⁽³⁰⁴⁾. Entende-se que o comportamento das famílias influencia no primeiro contato ou acesso⁽³⁰⁴⁾.

No acesso, o componente *utilização* das unidades de saúde, seja USF ou UBS, nesse estudo, foi satisfatória para o cuidador em suas vivências de um contato e interação com os indivíduos no processo. Sendo assim, os cuidadores têm utilizado os serviços de USF e UBS com suas crianças para entrar no SUS, através da rede de atenção à saúde dos dois municípios.

Esse resultado de desempenho satisfatório, nem sempre tem se apresentado em estudos de avaliação do atributo *acesso* por cuidadores na saúde da criança, mas se encontram estudos

com desempenho insatisfatório entre comparações dos modelos de atenção da APS (ESF e UBS)⁽³⁷⁾.

Componente do atributo *acesso*, a *acessibilidade*, enquanto dimensão estrutural de uma unidade ou do sistema de saúde, permitindo que as crianças cheguem aos serviços com sua família, é um componente necessário para atingir a atenção ao primeiro contato⁽³⁰⁴⁾. Neste estudo, o componente em ambas as unidades de saúde teve desempenho insatisfatório, com uma diferença estatística significativa para a UBS de Cascavel em relação USF de João Pessoa, confirmado também ao analisar o percentual satisfatório entre ambos os serviços.

A *acessibilidade* indica qual o grau de facilidade com que os cuidadores obtiveram a atenção em saúde para as crianças, seja na APS, ou na rede de atenção à saúde. Autores têm corroborado esses achados em estudos da APS com resultados de baixos percentuais ou dificuldades de obtenção deste componente de acessibilidade em municípios como, Petrópolis⁽¹⁹⁴⁾, São Paulo⁽²⁰³⁾, Cuiabá⁽³⁰²⁾, São Luís⁽³⁰⁴⁾, seja em USF ou UBS.

Ao avaliarmos o atributo *acesso* nos PMS dos municípios, encontram-se pontos com fragilidades que podem ser vinculados aos resultados do mesmo. No PMS 2010-2013 de João Pessoa, encontra-se como ideia-força o acesso relacionado ao acolhimento por uma classificação de risco nas USF e hospitais municipais. Especificamente para a saúde da criança, foca-se como acesso nas USF as cinco ações básicas de saúde para a eficácia da saúde infantil do PAISC; uma política nacional de 1984 deixando de lado propostas como AIDPI e a agenda de compromissos para atenção integral à saúde da criança e mortalidade infantil, entre outros.

Em Cascavel, no PMS 2010-2013, é proposta uma atenção qualificada e humanizada com implantação e cadastro dos usuários na rede e acessibilidade no território de abrangência das UBS, com ações e intervenções na prestação do cuidado. No relatórios de Gestão de 2012⁽³⁰⁵⁾, o município apresentou 111 ações para atender às metas, com 70 ações realizadas, 30 parcialmente realizadas e apenas 05 não realizadas.

A normatização do MS⁽³¹⁾ referente ao *acesso* dispõe que a acessibilidade aos serviços de saúde é tão importante quanto a sua utilização, principalmente em sistemas de saúde em rede de atenção. A fragilidade desse atributo na dimensão estrutural –acesso aos serviços – tem sido discutida por autores^(194,203,302,304), que entendem ser a acessibilidade a condição necessária a sua utilização. A violação desta condição, fere os direitos das crianças enquanto usuáries do SUS e a integralidade das ações em saúde.

Diante dos resultados da Tabela 8 e 9, levando em consideração que o instrumento do PCATool Brasil versão criança é composto por itens divididos nos componentes dos atributos na dimensão processual e estrutural, e buscando a essência das respostas dos cuidadores, os itens de cada atributo foram analisados em Tabelas por escores médios e desvio padrão por unidades de saúde em cada município. Passa-se agora a correlacionar nas Tabelas 8 e 9 itens do atributo acesso das Tabelas 10.a e 10.b.

A Tabela 10.a, refere-se ao componente “utilização” do atributo acesso, constituído de 03 itens.

Tabela 10.a – Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCATool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde.

Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p ⁽⁺⁾
Acesso – Utilização	EM/DP	EM/DP	
B1. Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ou de rotina, você vai ao seu “médico /enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	9,3 (2,3)	9,4 (2,0)	0,912
B2. Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “serviço de saúde / ou nome médico /enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	7,0 (4,3)	7,8 (3,6)	0,045
B3. Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu serviço de saúde tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	8,5 (3,1)	8,4 (2,9)	0,454

⁽⁺⁾ Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, valor-p<0,05

Na Tabela 10.a pode-se observar que apenas o item B2 apresentou resultado estatisticamente significativo. O desempenho foi satisfatório nas variáveis investigadas nos dois modelos de atenção à saúde avaliados em relação à saúde da criança. A diferença significativa vinculada a um novo problema de saúde da criança, pode ser por suas particularidades da infância ou uma demanda curativa que é comum e prevalente na saúde da criança, como uma afecção aguda⁽³⁷⁾. O resultado significativo para a utilização da unidade básica de saúde tradicional neste item (B2), pode ser ligado à composição da equipe dos profissionais das UBS; a demanda para um novo problema é principalmente para um profissional médico pediatra (especialista), conforme estabelecido nas metas e no processo de trabalho do plano municipal de saúde desse município. Entretanto, considera-se positivo que a equipe de saúde multiprofissional da ESF tenha tido também um escore médio alto para o município de João Pessoa-PB, sendo essa demanda para a equipe de saúde (enfermeiro,

médico generalista). Nos outros itens não foi verificada uma diferença estatística significativa, com resultados semelhantes para os dois municípios.

A Tabela 10.b, refere-se ao componente “acessibilidade” do atributo acesso, constituído de 06 itens.

TABELA 10.b – Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCATool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Continuação da Tabela 10.a....

Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p ⁽⁺⁾
Acessibilidade	EM/DP	EM/DP	
C1. Quando o serviço de saúde está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde atende no mesmo dia?	7,5 (3,7)	6,3 (4,0)	0,000
C2. Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no serviço de saúde?	5,0 (4,4)	4,2 (4,3)	0,007
C3. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança (“consulta de rotina”) no serviço de saúde?	6,6 (4,2)	6,5 (4,2)	0,479
C4. Quando você chega ao serviço de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/ enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	2,1 (3,5)	5,5 (4,4)	0,000
C5. É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança serviço de saúde quando você pensa que é necessário?	5,3 (4,3)	4,5 (4,3)	0,005
C6. Quando o serviço de saúde está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	3,7 (3,7)	5,2 (4,1)	0,000

⁽⁺⁾ Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor- p<0,05**

Em relação aos 06 itens que constituem o atributo *acessibilidade* em cinco deles houve diferenças estatística significantes, sendo os itens C1, C2 e C5 com desempenho satisfatório nas USF de João Pessoa-PB (avaliações médias: 7,5; 5,0 e 5,3) e os itens C4 e C6 satisfatório para as UBS de Cascavel (avaliações médias: 5,5 e 5,2). O item C3 não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Salienta-se que os itens C2, C4 e C5 têm valores invertidos, ou seja, foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS, mas são invertidos ao ser produzido o escore médio para este componente⁽⁴⁾, de acordo com a metodologia utilizada.

Ao avaliarmos os itens do componente *acessibilidade*, em relação às USF de João Pessoa, observa-se os itens pela qual as USF tiveram resultados estatisticamente significativos em relação às UBS em Cascavel; C1 relacionado aos horários e dias abertos da unidade de saúde, teve um desempenho satisfatório (7,5). Ao inter-relacionar este dado, em relação ao

acesso à unidade, ao item B1 da Tabela 10.a, entende-se como uma avaliação positiva do serviço quando ocorre um problema novo de saúde da criança e dos profissionais de saúde em uma consulta de rotina ou revisão.

No item C2, referente à espera em tempo para o acesso às pessoas e marcação no serviço, na USF de João Pessoa foi atribuída uma diferença estatística significativa em relação as UBS de Cascavel, mas teve um desempenho insatisfatório (5,0). Isso pode significar um entrave à organização dos serviços em relação ao setor de marcação para o cuidador, pois nas USF, o acesso é por livre demanda e por vez de chegada e a marcação acontece no término da consulta, quando necessário. Essa percepção é corroborada pelo item C3; o desempenho das USF foi satisfatório para a marcação de rotina do serviço, agendadas no final da consulta.

Em relação ao item C5, a dificuldade de conseguir atendimento quando o cuidador acha necessário, resultou em um desempenho insatisfatório (5,3), mas com resultado estatisticamente significativo quando comparada à UBS em Cascavel, que denota ainda existir dificuldades por não alcançar desempenho satisfatório, mas alguns entraves poderão estar sendo vencidos e as necessidades do cuidador pela demanda da criança acolhida na ESF.

Em relação à UBS de Cascavel, o componente *acessibilidade* teve um desempenho insatisfatório (5,6) com diferença estatística ao de João Pessoa e um percentual satisfatório da UBS de 61,2% conforme a Tabela 9. Em todos os itens do componente, os resultados de desempenho insatisfatórios, conforme a Tabela 10.b, os itens em que Cascavel obteve resultado estatisticamente significativo em relação aos de João Pessoa foram: C4 (5,5) que pode ser avaliado como positivo quanto ao tempo de espera organizacional para a consulta, mas ainda existem entraves; e C6 (5,2), relativo ao serviço aberto e aconselhamento rápido por telefone, que também pode ser avaliado como uma estratégia que tem proporcionando melhor acesso à continuidade da atenção e aos profissionais de saúde, o que deve ser mantida e avaliada em suas possíveis dificuldades para melhor expansão na rede. De acordo com RAG-2013 100% das UBS já tinham uma linha telefônica destinada a essa estratégia. Nas USF de João Pessoa este é um problema organizacional da gestão; as unidades possuem um telefone, mas o mesmo não é utilizado como uma forma de continuidade e acesso ao profissional de saúde institucionalmente.

Nos serviços de saúde de Cascavel o acesso é por livre demanda e na área de abrangência da moradia do usuário. Os outros itens revelam haver dificuldades no acesso ao serviço, como em um novo problema; dificuldade por tempo perdido para marcação do atendimento, dificuldade para atendimento médico por achar necessário. Portanto,

constituem-se em fragilidades da organização dos serviços que também devem ser refletidas, por serem as UBS a porta de entrada do serviço na rede de atenção à saúde infantil.

O resultado geral em relação aos itens do componente *acessibilidade*, deixa mais claro os pontos de fragilidades e potencialidades relacionados aos resultados dos escores do município e ao percentual satisfatório atribuído às unidades de saúde, e portanto, ao modelo de atenção e à organização do serviço. Tal fato deve ser refletido pelas gestões de ambos os municípios para que o acesso universal e igualitário à rede de serviços não possa ser violado por fragilidades organizacionais e de falta de compreensão da abrangência do direito fundamental ao atendimento as crianças e suas famílias⁽³⁰⁶⁾.

A *longitudinalidade* pode ser construída como a existência de garantia de fonte contínua de atenção ou cuidados pela equipe de saúde e sua utilização consistente ao longo do tempo em um ambiente de continuidade das ações com as famílias numa relação mútua que poderá caracterizar o vínculo/interação entre equipe de saúde, indivíduos (crianças) e famílias, refletindo uma intensa relação interpessoal^(3,37,307).

Em relação à criança, esta continuidade ou o seguimento da sua saúde é um processo amplo e complexo, pois na infância, a dinâmica do processo de crescimento e desenvolvimento é acentuada, sendo o eixo norteador da atenção à saúde da criança, juntamente com a de vigilância de fatores que possam interferir nesse processo e na redução da morbimortalidade infantil^(302,307-309).

O acompanhamento da criança e sua família é uma estratégia relevante que envolve várias ações tecnológicas para a longitudinalidade de seu crescimento e desenvolvimento, e com isso, a efetividade de tratamentos, a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência etc., pois poderá produzir diagnósticos e tratamentos precisos e diminuir encaminhamentos desnecessários para outros níveis da rede de atenção e em procedimentos de alta complexidade^(302,307-309).

Com o resultado dos escores dos atributos no componente processual, *longitudinalidade*, analisa-se que as USF de João Pessoa, por ter obtido um desempenho insatisfatório (6,5) mas com uma diferença estatisticamente significativa em relação à UBS de Cascavel-PR, os cuidadores apontam para um vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional na unidade saúde da família⁽³⁰²⁾.

Esta avaliação é reforçada nas ESF de João Pessoa, nos dados da Tabela 9 que atribui um percentual satisfatório de 53,4% e uma diferença bastante significativa para a UBS (27,7%), mesmo que possa identificar fragilidade neste nível de atenção na adequação da oferta de ações de tecnologias do eixo norteador da saúde da criança. Mesmo assim, avalia-se

que o resultado do atributo *longitudinalidade*, no componente processual por sua diferença significativa para o município e a USF, seja importante por ser tal atributo uma característica central e exclusiva deste nível de atenção e estar relacionado à efetividade na APS e à proposta da ESF, como modelo de atenção para a consolidação do SUS⁽³¹⁰⁾.

No componente estrutural *grau de afiliação*, a unidade de saúde precisa ser capaz de identificar claramente sua população eletiva e essa população precisa reconhecer a unidade ou os profissionais como fonte regular de atenção⁽³⁾.

No caso, a partir da presença satisfatória do componente na USF (73,35%) em João Pessoa (8,0), os cuidadores reconhecem o grau de afiliação com o serviço. Trata-se de uma avaliação importante porque caracteriza o modelo de atenção adotado pela gestão referente a sua população eletiva. Em linhas gerais, a população adscrita é vista, a partir do ambiente físico-social, o território, para regular e estabelecer o campo de atuação das equipes de saúde com áreas de abrangência que vai do território área, para a atuação de equipes de saúde, passando pelo território micro área - de atuação do ACS e finaliza no território-moradia, lugar de residência da família. A organização dos serviços em saúde em relação ao usuário, é de livre demanda por área de abrangência de sua moradia e a USF é organizada para ser a porta de entrada diretiva para a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.

A avaliação satisfatória no componente estrutural denota a dimensão do atributo *longitudinalidade* de identificação da unidade de saúde da família como sua fonte regular de cuidado da criança, sendo assim, a utiliza por um período de tempo, principalmente no seguimento da puericultura, ou para episódios de doenças⁽³⁾.

Em relação ao atributo *longitudinalidade*, as USF de João Pessoa obteve tanto no componente processual como no componente estrutural uma diferença estatisticamente significativa em relação a UBS de Cascavel. Assim, as três dimensões imprescindíveis na composição da longitudinalidade foram melhor avaliadas por cuidadores quando comparados os dois serviços de saúde.

As UBS de Cascavel também tiveram desempenho satisfatório para o *grau de afiliação*, os cuidadores reconhecem o grau de afiliação ao serviço, o que é importante visto que, os serviços de Cascavel dentro de um modelo de atenção de UBS tradicional, já passou por dois processos de definição do território para uma área de abrangência, apesar da territorialização dar-se ainda na forma administrativa. A localização das UBS é delimitada em áreas geométricas para o acesso de referência populacional adstrita de 10.000 a 15.000 mil hab., que moram nas proximidades dessa área. O acesso para o usuário, como dito antes,

ocorre por livre demanda da área de abrangência da unidade de proximidade da moradia do cidadão.

Essa organização, diante do desempenho satisfatório para o *grau de afiliação*, atrela os serviços do município na dimensão da *longitudinalidade* de ser a UBS uma fonte regular de cuidados de atenção primária. Esse é um importante componente para um serviço de saúde em gestão municipal de atenção básica, embora nas duas outras dimensões do atributo (vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional), as UBS de Cascavel tenha tido um desempenho insatisfatório e tenha ocorrido diferença estatística significativa para as USF de João Pessoa. Para buscar a identificação destas dimensões da APS, analisar-se-á posteriormente a Tabela 10.c e 10.d que referenciam as unidades de saúde e os itens dos componentes do atributo.

A Tabela 10.c é constituída de 14 itens do atributo *longitudinalidade*. Pode-se observar que em seis (6) deles ocorreu diferença estatisticamente significativa em relação à avaliação média nos dois municípios, sendo a avaliação média superior para as USF em João Pessoa-PB em todos (100%) dos 06 itens de *longitudinalidade* (D1, D7, D11, D12, D13 e D14).

Tabela 10.c – Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCATool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Continuação da Tabela 10.b....

Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p ⁽⁺⁾
<i>Longitudinalidade</i>	EM/DP	EM/DC	
D1. Quando você vai ao serviço de saúde, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?"	9,2 (2,6)	8,5 (3,1)	0,000
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?	3,5 (3,8)	3,2 (3,7)	0,234
D3. Você acha que o "médico/ enfermeiro" da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	8,9 (2,3)	9,2 (2,1)	0,125
D4. O(a) "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	9,1 (2,3)	9,2 (2,2)	0,525
D5. O (a) "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	8,9 (2,8)	8,6 (3,1)	0,337
D6. Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao "médico/enfermeiro"?	8,8 (3,0)	8,9 (2,8)	0,532
D7. O "médico/enfermeiro" conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	7,1 (4,0)	4,4 (4,3)	0,000
D8. O (a) "médico/enfermeiro" conhece a história	7,5 (3,8)	7,1 (3,9)	0,097

clínica (médica) completa de sua criança?			
D9. O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	7,1 (4,1)	7,4 (3,8)	0,712
D10. Você mudaria do <i>serviço de saúde</i> para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	3,8 (4,5)	4,2 (4,6)	0,176
D11. Você acha que o (a) <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua família bastante bem?	5,5 (4,4)	2,4 (3,6)	0,000
D12. O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4,0 (4,2)	2,1 (3,5)	0,000
D13. O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	2,8 (4,1)	2,1 (3,6)	0,009
D14. O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4,8 (4,5)	4,0 (4,4)	0,004

(+) Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

A avaliação do atributo *longitudinalidade* com desempenho satisfatório na tabela 8 e percentual satisfatório (Tabela 9) para os seus serviços de USF foi corroborada na avaliação dos itens relacionados a esse atributo. Seus resultados reafirmam o reconhecimento da unidade saúde da família como fonte regular de acompanhamento da criança no município.

Os resultados obtidos para as USF de João Pessoa-PB ressaltam a base da organização das USF no território de sua abrangência, quando correlaciona-se o item D1 (Tabela 10.c), que questiona se é o mesmo profissional que atende todas as vezes a criança no serviço à utilização do acesso para essas unidades, nos itens processuais B1 (consulta de revisão e rotina) e B3 (encaminhamento obrigatório na consulta a um especialista) da Tabela 10.a. Essa organização de atendimento de um única equipe de saúde, para todos os tipos de consulta e o encaminhamento obrigatório da USF para a rede de serviços de saúde é base dos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família (Pacto de Gestão).

Destaca-se dos itens do atributo *longitudinalidade*, sem diferenças significativas entre os grupos, o item D2, com desempenho insatisfatório para ambas as unidades de saúde, quanto ao acesso aos profissionais por comunicação telefônica, com desempenho de 3,5 para USF e 3,2 para UBS. Fazendo outra correlação entre os itens, em C6 (aconselhamento rápido por telefone), am UBS teve uma avaliação bastante significativa como estratégia estrutural deste meio de comunicação com o serviço, constituindo-se em uma estratégia importante para o contato com os profissionais. É possível que essa ação contribua significativamente para a obtenção do escore esperado. Nos planos e relatórios estudados, não foi contemplado este tipo

de comunicação como um meio institucional de longitudinalidade da atenção nas unidades básicas de saúde.

Ressalta-se o destaque favorável para as unidades de saúde nos modelos estudados, a comunicação entre profissional e o cuidador nos itens D3, D4, D5 e D6. Os itens aludem ao profissional de saúde da criança entender, responder às perguntas do cuidador e dar tempo suficiente para falar e sentir-se à vontade para contar problemas e preocupações. Em todos esses itens ambos os serviços de saúde e profissionais atuantes tiveram uma boa avaliação nos escores médios. Avalia-se que a comunicação é fundamental para uma interação, mas é necessário que não seja uma escuta surda, mas sim autêntica, uma relação dialógica de compreensão da palavra, uma escuta terapêutica⁽³¹³⁾.

A Política Nacional de Humanização do MS⁽³¹²⁾, entende a APS como um locus de possibilidades na construção de práticas que tenham, no seu contexto, a humanização do cuidado, a troca de informações, que decorra para a formação da solidariedade entre os profissionais da saúde e a população⁽³¹³⁾. A escuta qualificada é uma estratégia de construção de práticas, independente do modelo de atenção adotado pela APS nos municípios.

Em relação aos itens D7, D8, D9 e D11, ainda relacionados ao profissional e tendo como foco o conhecer a criança como uma pessoa, sua família e saber os seus problemas pessoais mais importantes, saber do trabalho dos pais, problemas relacionados à obtenção de medicamentos etc., são preditivos da relação interpessoal do profissional com o usuário (criança e sua família), usuário como sujeito com suas singularidades e, do vínculo existente no contexto da interação entre os dois protagonistas do processo^(310,314).

Na saúde infantil, conhecer a criança e sua família no aspecto físico, mental e social é de suma importância, e contribui para a formação do vínculo e de um trabalho interdisciplinar, que se contrapõe à manutenção de um modelo biomédico, medicalocêntrico. Em uma análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica, autores corroboram que a ESF, enquanto reorientação do modelo assistencial, só é concretizada quando as bases do modelo tradicional curativista são quebradas para que sejam assumidas posturas dialógicas pautadas na integralidade e na valorização de trocas de saberes entre usuários (cuidadores) e os profissionais, que levem à construção de vínculo e acolhimento⁽³¹⁵⁾.

Em João Pessoa, as USF tiveram resultados significativos nos itens D7 e D11 em comparação com as UBS de Cascavel, relacionados ao estabelecimento de um vínculo duradouro. O vínculo apresentado é um dos pressupostos emanados na estratégia de saúde da

família e é descrito na organização da atenção básica deste município. Este é um grande desafio, principalmente para as USF e que tem neste estudo um resultado positivo.

Ainda com relação aos itens D7 (7,1), D11(5,5), como também ao D12 (4,0) e correlacionando as metas do plano de saúde do município de João Pessoa⁽²³³⁾ encontra-se a garantia de atenção humanizada nos três níveis de atenção à criança, com estratégias de ação de implantar e implementar o acolhimento em 100% das USF. Entre suas atividades de ações à saúde da criança, pondera o acolhimento com escuta qualificada.

Esmiuçando os resultados pode-se entender que o item D7 é uma resposta positiva para o vínculo com a criança, sujeito da ação, com suas singularidades. É um pressuposto de quebra de uma construção hegemônica de visão curativa/medicalizante das ações em saúde⁽³¹⁶⁾.

Quanto aos itens D11 e D12, mesmo as USF de João Pessoa tendo obtido valores estatisticamente significativos em relação as UBS, não atingiu o desempenho satisfatório da APS (6,6), ou seja, o profissional não conhece, em sua maioria, a família e os seus problemas. Ainda, é necessário aos profissionais diante do cuidador, entender este sujeito, criança, no contexto de sua família e o conhecimento deste contexto e seus problemas é uma condição importante para visualizar a sua repercussão no crescimento e desenvolvimento infantil, pois a APS e a ESF são focadas na família⁽³¹⁵⁾.

As UBS de Cascavel-PR, nos itens da longitudinalidade (Tabela10.c) da relação interpessoal teve um resultado que pode refletir sua prática relacional, mesmo obtendo uma boa comunicação referente ao profissional, mostra um desempenho insatisfatório nos itens D7 (4,4); D11 (2,4); D12 (2,1), ainda não se apresenta que a família e seu contexto é o espaço social de crescimento e desenvolvimento da criança⁽³¹⁵⁾.

Ao analisar os escores dos itens nos quais as USF de João Pessoa tiveram diferença estatisticamente significativa em relação às UBS de Cascavel-PR, verifica-se que mesmo com essa condição, observam-se desempenho insatisfatórios para os dois serviços nos itens, D12, D13 e D14, relacionados ao conhecimento do contexto socioeconômico das famílias, principalmente em relação ao emprego, que corresponde diretamente a renda, ou seja, um dos determinantes sociais do processo-saúde doença. É possível que a dificuldade de alcance de um escore mais elevado possa estar vinculadas à falta de apreensão pelos profissionais como importante conhecimento para avaliar uma situação de risco/vulnerabilidade da criança, como vimos na avaliação do perfil socioeconômico deste estudo⁽²⁶²⁾.

Por fim, outra avaliação favorável para os dois serviços de saúde, com escores aceitáveis, referem-se ao conhecimento clínico e o tratamento da criança (D8 e D9). Em parte,

este quadro é importante pois demonstra o conhecimento técnico do profissional e do seguimento na prevenção das doenças nas crianças, mas também pode fazer parte do predomínio de um modelo biomédico que prioriza consultas do tipo queixo-conduta⁽³¹⁵⁾. Com a avaliação do item, confirma-se que a dimensão de *longitudinalidade*, continuidade informacional foi melhor avaliada.

No componente, *grau de afiliação*— que estrutura o atributo *longitudinalidade*, os itens visam a identificação do serviço ou do profissional de saúde que serve de referência para cuidados. A partir desta identificação: crucial é que se versará todo o restante dos itens que compõem o instrumento. Portanto, os itens não foram avaliados estatisticamente, pois este não é o objetivo dos mesmos para reforçar os resultados da longitudinalidade⁽⁴⁾.

A importância da *longitudinalidade* e da *integralidade* no cuidado às crianças menores de um ano na avaliação de seus cuidadores em unidades de saúde da família demonstrou em estudo⁽³¹¹⁾ diante de um escore elevado, uma boa experiência dos cuidadores com as ações derivadas desse atributo, favorecendo a relação com os profissionais, e um conhecimento da situação de saúde dessas crianças.

A *integralidade* é, talvez, o atributo conceitualmente mais discutido da atenção primária em saúde⁽³¹⁹⁻³²⁰⁾. As discussões da integralidade remontam à própria história do movimento da reforma sanitária brasileira nas décadas de 70 e 80 do século passado. Com base na gênese dos movimentos de luta que incorporaram a reforma sanitária, sistematiza-se três sentidos surgidos para a integralidade: o primeiro, prática dos profissionais de saúde; o segundo, como modo de organização das práticas, e por fim, como respostas governamentais e problemas específicos relacionados às políticas de saúde⁽³¹⁷⁻³²¹⁾.

A discussão da *integralidade* da atenção surge principalmente pela necessidade do processo de consolidação do sistema de saúde no Brasil, desafiando o quadrilátero gestão, profissionais de saúde, formação e a sociedade civil em busca de um princípio que possa albergar transversalmente os outros princípios do SUS e com a qualidade da atenção⁽³⁰⁴⁾.

Apesar dos diversos ângulos da discussão do atributo, que não são excludentes entre si, para avaliar as práticas da integralidade na APS, o referencial de Starfield⁽³⁾ utilizado por este estudo é entendido como uma proposta que permite a operacionalização, na medida em que identifica categorias que compõem e caracteriza a APS⁽³²⁰⁾. Para este autor⁽³²⁾, o instrumento, no plano de “cuidados em saúde”, referente à articulação entre prevenção, promoção, recuperação da saúde por meio de ações estruturadas em um mesmo espaço, aparece como acesso, acolhimento, vínculo e enfoque familiar e, no plano da “integralidade

vertical”, rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências na qual a integração entre as ações se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados da demanda do usuário; apresenta-se como fluxo, coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária.

No componente processual da *integralidade*, *serviços prestados* estão relacionados ao processo de trabalho da equipe de saúde objetivando a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento no ambiente social, mas também aos problemas de natureza funcional e orgânicos^(3,17,321).

Na saúde da criança, historicamente, o serviço prestado, a atenção ou o cuidado, mesmo durante a construção do modelo hegemônico e nos períodos da ditadura militar no país, teve um caráter integral na sua incumbência e no decorrer das políticas de saúde para a criança, como foi evidenciado na historicidade da avaliação em saúde no Brasil. Ao longo do tempo, a saúde da criança sempre foi uma ação especial nas políticas públicas, mesmo com a reforma sanitária e a implementação do SUS, passando posteriormente a integrar as políticas públicas de saúde. Diante disso, alguns autores⁽³²¹⁾ pressupõem que a assistência à criança incorpore o princípio da integralidade, e definem a assistência como integrante do caráter completo do cuidado, tendo como eixo as ações das políticas governamentais.

A busca pela integralidade na saúde da criança também tem provocado várias discussões e diferentes conceitos, incorpora-se a considerar as necessidades específicas das crianças em rede de atenção à saúde, o repensar das práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, a redefinição de práticas focadas no vínculo, acolhimento e autonomia, para um cuidado centrado na criança e sua família, através da valorização de suas subjetividades e necessidades singulares e o dimensionamento dos fatores de risco e de vulnerabilidades a que as crianças estão expostas no seu ambiente social. Contrapõe-se, na discussão da atenção à saúde da criança, uma abordagem fragmentária, reducionista e voltada à atenção curativa^(309,314,322).

Diante destes conceitos, analisa-se os resultados deste atributo na Tabela 8. Tem-se um resultado estatisticamente significativo com escore de desempenho insatisfatório para as UBS de Cascavel-PR (**6,1**) e as USF de João Pessoa (5,3) valor mais baixo de escore médio dos atributos relacionados no componente processual

Retomando as anotações anteriores deste estudo, associa-se o resultado apresentado na Tabela 8 à construção da reorganização do processo de trabalho de ambos os municípios, avalia-se a existência de pontos de fragilidades e potencialidades nos documentos oficiais das respectivas gestões que possam apontar alguns elementos em relação ao componente serviços prestados.

O PMS 2010-2013⁽²³³⁾ de João Pessoa fundamenta-se na estratégia de gestão do cuidado integral e humanizado no SUS; organiza-se em módulos operacionais de atenção, gestão e vigilância em saúde. Na atenção, a saúde da criança é contemplada, dando seguimento em redes de atenção e tendo seus indicadores de saúde sequenciados pela vigilância em saúde. Desde os resultados iniciais da gestão vigente na SMS (leia-se, entre 2005-2009), apresenta-se no RAG 2005-2008⁽²⁵⁰⁾ como dificuldades a fragilidade da construção da integralidade, por estar baseada na produção das relações tanto entre gestão e trabalhadores, como entre os trabalhadores e usuários para a efetivação da ação.

Nos RAG 2011 e 2012 por distritos sanitários de João Pessoa, o DS-III apresenta o princípio da integralidade como fundamental nos espaços de acesso e atendimentos, no entanto, sem nenhuma avaliação de sua efetividade na prática em saúde ou nos serviços prestados na rede de atenção das unidades de saúde da família, o que pode ser entendido como a manutenção de fragilidade relatada anteriormente ou uma divergência de opiniões entre o usuário cuidador da criança e os gestores e/ou profissionais da saúde.

Em relação ao município de Cascavel-PR, a reorganização do processo de trabalho da SESAUI apresenta como módulo operacional de atenção à saúde sete linhas de atuação, dentre elas, a atenção básica; e como eixos estruturantes das ações, a reorganização da prática assistencial, e a qualificação das ações e serviços oferecidos. Em relação à área de saúde da criança, pontua as ações com processos preconizados pela política governamental, com avaliação de metas atingidas ou parcialmente atingidas. Entende-se que a dinâmica da reorganização do processo de trabalho tenha apresentado junto aos cuidadores um melhor respaldo para as necessidades das crianças neste município, porém com o desempenho insatisfatório, embora seja significativa a diferença entre os dois serviços de saúde.

A Tabela 10.d, mostra o atributo *integralidade* no componente *serviços prestados*, constituído de 5 itens. Desses itens, apenas o item H1 não apresentou diferença estatisticamente significativa. Portanto, quatro (4) dos itens proporcionaram diferença estatisticamente significativa, tendo o município de Cascavel uma melhor avaliação, mesmo com desempenho insatisfatório para estes itens, ou seja, H2, H3, H4 e H5.

TABELA 10.d – Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCATool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Continuação da Tabela 10.c.....

Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p ⁽⁺⁾
<i>Serviços Prestados</i>	EM/DP	EM/DP	

H1. Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	7,8 (4,0)	8,1 (3,7)	0,252
H2. Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	5,2 (4,8)	5,9 (4,7)	0,044
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 ...	5,7 (4,8)	6,7 (4,5)	0,003
H4. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	3,4 (4,5)	4,3 (4,7)	0,007
H5. Maneiras para manter sua criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	4,5 (4,8)	5,3 (4,8)	0,017

^(*) Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

Os itens H1 e H2 do atributo integralidade no componente serviços prestados, aludindo às orientações para uma criança saudável e à segurança no lar, tiveram desempenho satisfatório nos grupos estudados (UBS em H1, H2 e USF em H1). Os outros itens (H3, H4 e H5) referem-se a mudanças no crescimento e desenvolvimento, maneiras de lidar com o comportamento da criança e a segurança da criança, e tiveram desempenho insatisfatórios, mesmo com diferenças significativas entre UBS e USF e robustecem os resultados obtidos nas Tabelas 8 e 9 em relação a esse componente.

O componente serviços prestados, está voltado para a avaliação da assistência, dentro do eixo das ações básicas das políticas governamentais relacionadas à saúde da criança e implementadas na APS, como também a integralidade vertical e rede de serviços. São as linhas de ação do cuidado chamadas de cardápio básico que devem existir na unidade de saúde da APS⁽¹⁴⁸⁾ e que tem despertado discussão quanto ao olhar sobre o cuidado à criança, numa perspectiva de condições para a articulação, a interação dos profissionais de saúde com as famílias a partir do diálogo, do vínculo e da solidariedade^(59,323-324).

O teor individual destes itens do conjunto instrumento do PCATool, não aprofunda a integralidade das discussões do repensar das práticas e conformações dos serviços de saúde, principalmente da autonomia da criança e sua família, através da valorização de subjetividades e das necessidades singulares do sujeito centrado na criança e sua família.

O foco nos itens, por si só, poderá subsidiar a manutenção da medicalização da atenção na saúde da criança, iniciada desde o século XVIII na Europa, estabelecida no Brasil com a higiene infantil entre os anos de 1910 a 1930 e reforçada nos anos 80 da década passada, quando a família passou a ser vista pelos serviços de saúde como receptor de informações e dependente de suas orientações para lidar com o cuidado da criança, transformando em “doença/problema” manifestação diferente do esperado pela norma estabelecida, e retirando da família a autonomia do cuidado, a interação entre os sujeitos, as

particularidades, os elementos culturais das famílias, além do compartilhamento de trocas e reciprocidades de saberes, atitudes e práticas^(135,325,326).

Fazendo um paralelo com a história da atenção da saúde da criança, ou materno-infantil, essa metodologia de ação tem uma herança de forte conteúdo nas políticas voltadas para a educação em saúde com as famílias da fundação SESP, principalmente a abordagem dos itens H2 e H5 referentes a segurança.

Trazendo o componente *serviços prestados* para a interação do cuidador e do profissional de saúde, dentro de um olhar voltado para a transversalidade da integralidade com os outros atributos da APS⁽³²⁰⁾, faz-se a análise da Tabela 10.d, inter-relacionando os itens H1 a H5 - estratégias de ações dos programas governamentais à saúde da criança abordados na consulta médica ou de enfermagem - com a *longitudinalidade* em D7, D8, D9, D11 e D12, focando o modo de fazer a interação entre os protagonistas do processo de ações em saúde, o cuidador e o profissional.

As UBS de Cascavel teve resultados significativos para os itens H1 a H5 em relação a USF de João Pessoa. Nos dois itens de obtenção do desempenho satisfatório das UBS de Cascavel-PR (H1 e H3) foram apresentadas pela gestão em metas nas suas linhas de cuidado para serem desenvolvidas nas UBS em atenção à saúde da criança: acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nato: através da puericultura realizada pelo enfermeiro em todas as crianças de 0 a 2 anos; e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento em crianças de 0 a 7 anos incompletos, por meio do SISVAN (vigilância alimentar e nutricional)⁽²³⁰⁾. Essas metas, entre outras voltadas para o fluxo na rede, apresentam-se como atingidas no relatório anual de gestão⁽²⁵³⁾ e, na Tabela 10.d o resultado dos itens confirma esse teor técnico e o fluxo das ações desenvolvidas no atendimento das UBS em Cascavel-PR, com itens de desempenho satisfatório ou não e diferença estatisticamente significativa para a USF.

Correlacionando os resultados das UBS de Cascavel-PR pela inter-relação dos dois componentes dos atributos *integralidade e longitudinalidade*, podemos vinculá-los à manutenção de um modelo de atenção, ainda, com roupagem tecnoassistencial individual, biologicista, que reproduz a visão medicalizante das necessidades de saúde da população. Neste aspecto, autores^(309,329) ao abordarem a saúde da criança dentro de um projeto de mudanças reafirmam requerer olhar para os sujeitos e quebrar a visão da consulta queixa-conduta. Para isso, é importante entender como as práticas são exercidas na APS para que a integralidade da atenção atenda às necessidades da criança e sua família^(307,327).

Realizando a mesma inter-relação acima, na USF de João Pessoa, observa-se que nos itens da integralidade (H1a H5) foram obtidos resultados insatisfatórios em quatro itens e só em um com desempenho satisfatório (H1). Ao avaliar o PMS 2010-2013⁽²³³⁾ da sua SMS, o mesmo apresenta na variedade de serviços à população de crianças, metas e atividades direcionadas para efetivar a atenção à saúde da criança em cada USF, que em linhas gerais não diferem do planejamento da SESAU de Cascavel-PR. Em relação, ao item com resultado de escore alto (H1), a meta atrelada refere-se à avaliação nutricional e acompanhamento direcionado às crianças na atenção básica e especializada e em projeto para uma vida saudável em 60% das equipes de saúde da família realizando a ação⁽²³³⁾. Essa meta foi alcançada segundo os relatórios de Gestão⁽²⁵¹⁾.

O resultado apresentado acima para os serviços de saúde de João Pessoa, faz repensar o entendimento da definição de serviços prestados, que deve contemplar também a prevenção do adoecimento no ambiente social, o modo de fazer não fragmentado da necessidade do usuário. Autores⁽³²³⁾ relatam que é necessário que haja uma intervenção mais qualificada para se garantir o cuidado prestado. No entanto, ela precisa ir além, com atitudes e práticas que se apresentam num movimento dinâmico e processual para resolver as situações e necessidades trazidas na demanda da criança e sua família; essa contemplação traz o conhecimento técnico para a abordagem relacional e para o fluxo na rede de serviços⁽³²⁴⁾.

A correlação proposta entre os resultados dos itens *integralidade* e *longitudinalidade* forneceu um olhar diferenciado sobre a interação entre os protagonistas do componente processo, e poderá reafirmar e apontar para o entendimento de um caminho que não é fácil ser obtido, pois está diretamente relacionado às relações entre as pessoas e à coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde.

A Tabela 10.e, apresenta os 9 itens do componente estrutural *serviços disponíveis* do atributo *integralidade*.

Tabela 10.e– Escores médios de (0-10) e desvio *padrão* dos itens do PCATool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde.

Continuação da Tabela 10.d...

Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p ⁽⁺⁾
Serviços disponíveis	EM/DP	EM/DP	
G1. Vacinas (imunizações).	9,4 (2,2)	9,6 (1,7)	0,135
G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	7,4 (3,7)	6,0 (4,2)	0,000

G3. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	8,9 (2,8)	7,9 (3,6)	0,000
G4. Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	3,3 (3,4)	5,8 (4,2)	0,000
G5. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas. Ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	3,4 (2,9)	4,8 (3,8)	0,000
G6. Aconselhamento para problemas de saúde mental.	3,6 (2,9)	3,8 (3,3)	0,601
G7. Sutura de um corte que necessite de pontos.	3,1 (3,4)	4,5 (3,9)	0,000
G8. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	5,4 (3,9)	6,5 (3,8)	0,000
G9. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	2,8 (3,1)	3,8 (3,7)	0,000

(⁺) Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

Pode-se observar entre os itens que constituem a Tabela 10.e, que apenas G1 e G6 não apresentaram diferença significativa quanto à avaliação média nos dois municípios. Portanto, para a grande maioria, ou seja, em sete itens (77,8%) houve diferença estatisticamente significativa em relação aos grupos estudados, sendo que: As UBS de de Cascavel-PR apresentou desempenho satisfatório em 71,4% (5/7) dos itens considerados (G4, G5, G7, G8 e G9) enquanto que os itens G2 e G3 apresentaram desempenho satisfatório nas USF de João Pessoa.

Em relação ao componente *serviços disponíveis* avaliando-se as medidas descritivas do escore médio observa-se que apenas os itens G1, G2 e G3 tiveram um desempenho satisfatório, sendo que, o item G1 em ambas as unidades de saúde foram avaliadas com desempenho satisfatório para as UBS de Cascavel em relação ao serviço de imunização, no item G2 com desempenho satisfatório para USF e insatisfatório para UBS e por fim, o item G3 com desempenho satisfatório para os dois tipos de unidades de saúde. Em todos os outros itens, os resultados para as unidades dos dois grupos tiveram um desempenho insatisfatório, entretanto, com uma melhor avaliação para as UBS de Cascavel.

Esmiuçando o contexto de cada item do componente, os serviços são disponíveis na rede de serviços de saúde dos dois municípios, quando não diretamente para a atenção a saúde da criança nos serviços de atendimento geral no nível primário e secundário da atenção.

A *vacinação* é um dos serviços da rede de atenção à saúde que tem um dos maiores focos na saúde da criança e um sistema de informação nacional voltado para o monitoramento das coberturas vacinais (CV) de um modo contínuo e regular. Isso mostra que a CV para cada vacina é um dado concreto e que mantém relação com a efetividade do Programa Nacional de Imunização (PNI). Nos dois municípios, o resultado de um escore alto corroborou essa

efetividade do PNI⁽³²⁸⁾. Monitorar e avaliar o setor de vacinação contribui para a melhoria da qualidade do serviço prestado e como consequência o êxito da imunização nas crianças⁽³²⁹⁾.

Quando se avalia os planos municipais de saúde, a vacinação é um dos indicadores de saúde que é disponibilizado para averiguar a situação de saúde infantil, principalmente sua cobertura em crianças menores de um ano de idade.

O *planejamento familiar ou acesso aos métodos anticoncepcionais*, é uma das ações integrantes do atendimento à mulher na atenção básica, com distribuição nas unidades de saúde em ambos os municípios. Em Cascavel, na SESAU no RAG 2013, foram realizadas ações de planejamento familiar em 100% das UBS.

O resultado positivo da avaliação desta ação para a mulher pode ser vinculado ao perfil sociodemográfico dos cuidadores (cuidadoras) deste estudo, já que: a maioria era a mãe/mulher e, conforme a Tabela 4.a deste estudo, em relação ao número de filhos, independentemente dos municípios pesquisados, a grande maioria (91,3%, ou seja, 799 das famílias da amostra) tinha até 03 filhos, sendo 43,4% com apenas 01 filho. Além disso, nos dois municípios, predominava mais de 02 anos no intervalo interpartal, totalizando 43,8% das famílias.

Dos serviços disponíveis com desempenho insatisfatórios nos dois grupos, destacamos o programa de suplementação nutricional, que tem relação indireta com outro indicador de saúde infantil utilizado nos planos de saúde dos municípios, o baixo peso das crianças.

Na SMS de João Pessoa, tanto no RGA-DSIII-2011 como no RAG-DSIII-2012 revela-se que, principalmente no DS-III, o componente do CMI, a taxa de mortalidade infantil pós-neonatal continuou a ser um problema no município, causado por mortes potencialmente evitáveis e associadas principalmente à desnutrição e às doenças infecciosas como diarreias, e às pneumonias preveníveis, além de diversas outras causas^(229, 231).

Nas UBS de Cascavel, que obteve melhor desempenho insatisfatório (5,8) e com diferença significativa as USF de João Pessoa, no plano e relatórios avaliados é considerado um município com baixa prevalência para a desnutrição infantil e com prevalência para o sobrepeso⁽²³⁰⁾.

A diferença estatística significativa para UBS de Cascavel em relação à USF de João Pessoa mostra-se nos resultados pesquisados nas Tabelas em relação aos componentes do atributo *integralidade*. Em linhas gerais, nenhum dos dois municípios ou modelos de atenção conseguiram atingir um desempenho ou percentual satisfatório neste atributo. A integralidade pressupõe uma articulação entre prevenção, promoção, recuperação por meio de ações estruturadas no mesmo espaço. Para que isso, ocorra é necessário que haja fluxo na rede de

atenção e competências integradas em ações e coordenação do cuidado pela APS⁽³²⁰⁾. Nos dois serviços de saúde ainda coexistem fragilidades em relação às ações para o cuidado da demanda da criança.

No atributo *coordenação*, foi avaliada a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de atenção à saúde. A continuidade no componente processual se dá por reconhecimento de problemas/doenças no atendimento pelo profissional da unidade primária de saúde envolvendo para essa ação responsabilização e aspectos administrativos. A gestão do cuidado no setor saúde unifica toda a atenção que a criança/família receba como uma resposta integral as suas demandas, por meio de uma coordenação articulada entre os serviços e ações de saúde e a transferência de informações sobre o usuário. A coordenação é relevante para os demais atributos por coordenar os usuários e suas informações na rede de atenção à saúde^(3,37,330-331).

Medidas buscando intensificar o protagonismo da APS na coordenação do cuidado entendem sua função de integradora entre as instituições, com profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde evitando fragmentações em busca de uma atenção integral e, principalmente integrada, têm sido propostas⁽³³¹⁾.

Apesar do componente *integração do cuidado* não ter tido diferenças significativas entre os dois grupos estudados, quando comparadas as Tabelas 8 e 9: Na Tabela 8, os escores médio tiveram valores próximos nas UBS **(7,0)** e nas USF (6,5); na Tabela 9 a diferença em percentuais satisfatórios, na comparação com os serviços é de **64.3%** para UBS e 55,2% para a USF. Em ambas os resultados não apresentam diferenças estatísticas significativas, há uma integração do cuidado no atributo coordenação relativamente adequada para a USF em João Pessoa, por proximidade no ponto de corte (6,6) e adequada para UBS em Cascavel-PR.

Buscando-se como é a rede de atenção à saúde para a integração do cuidado nos planos municipais de saúde e como a APS coordena o cuidado na rede, encontram-se poucas informações. A rede de atenção em João Pessoa, está organizada em 05 distritos sanitários nos 03 níveis de atenção à saúde: atenção básica; serviços especializados; atendimento pré-hospitalar e hospitalar; além da assistência farmacêutica e os laboratórios. O fluxo na rede é por regulação. O papel da USF é fazer a marcação na rede de serviços.

Em Cascavel, a rede de atenção é organizada por 03 distritos sanitários na atenção básica, tendo o mesmo fluxo que em João Pessoa.

O atributo *coordenação* ao ser avaliado em estudos correlacionando os dois tipos de unidades de saúde da APS também não apresentou diferenças nos resultados das avaliações entre a USF e a UBS⁽³⁷⁾.

A Tabela 10.f, é constituída de 05 itens do atributo coordenação no componente *integração de cuidados*.

Tabela 10.f – Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCATool-Brasil criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária da Saúde.

Continuação da Tabela 10.e...

Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p ⁽⁺⁾
<i>Integração de cuidados</i>	EM/DP	EM/DP	
E2. O serviço de saúde ou médico/ enfermeiro” sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”	7,4 (4,4)	8,0 (3,9)	0,415
E3. O (a) “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	8,2 (3,8)	8,0 (3,7)	0,296
E4. O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	6,4 (4,7)	6,9 (4,4)	0,516
E5. Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico /enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	5,0 (4,9)	5,5 (4,7)	0,351
E6. O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	5,5 (4,7)	5,5 (4,7)	0,794

⁽⁺⁾ Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, valor-p<0,05.

Pode-se observar quanto ao componente *integração de cuidado* que nenhum dos seus itens apresentou resultado estatisticamente significativo. Embora tenha ocorrido nas avaliações dos itens, três (3) foram melhor pontuadas para as UBS em Cascavel-PR (E2, E4 e E5) e, apenas, o item E3 com desempenho satisfatório para as USF em João Pessoa-PB.

O item E1 deste atributo serve de referência para os demais itens e aborda se ocorreu a consulta a um especialista ou serviço especializado⁽⁴⁾. Nas ESF de João Pessoa, apenas 27,9% (96) dos cuidadores responderam que procuraram um especialista ou serviços especializados; nas UBS em Cascavel-PR apenas 29% (152) dos cuidadores confirmaram esta procura. Considerando que as crianças adoecem mais frequentemente do que as pessoas adultas e principalmente prevalecem as doenças agudas⁽³⁷⁾, o percentual tem um significado positivo para a APS nos dois grupos estudados.

Esta situação foi evidenciada como positiva em estudo com profissionais de saúde⁽³³¹⁾; médicos e enfermeiros afirmaram que o aumento da resolutividade da atenção básica com a implantação da ESF provocou redução no atendimento nos demais níveis de atenção.

No entanto, ao analisar os itens da Tabela 10.f evidencia-se que em E2, E3 e E4, (o encaminhamento por profissionais da unidade ao especialista; conhecimento da ida ao especialista e conhecimento dos resultados, respectivamente), os escores médios entre os dois serviços de saúde são próximos ou acima do escore médio esperado - entre 6,4 a 8,2%, tendo as UBS em Cascavel desempenho satisfatório em três itens. As USF em João Pessoa, mostra desempenho satisfatório em apenas um item; ademais, no item E4, apresentou desempenho insatisfatório.

Os escores dos itens E5 e E6 ficaram abaixo de 6,6, desempenho insatisfatório, ou seja, um dos óbices para a integração do cuidado se dá no interesse do profissional sobre o que aconteceu na consulta e no interesse na qualidade do cuidado prestado à criança, respectivamente. Resultado semelhante nos dois itens foi evidenciado em estudo realizado em Londrina-PR⁽³³⁰⁾.

Diante da equivalência de resultados em ambos os grupos, analisa-se que o reconhecimento do problema de saúde da criança nos itens expostos independe da modalidade do serviço de saúde prestado, seja USF ou UBS.

Em relação ao atributo *Sistemas de informação*, constituído de 03 itens, houve resultados estatisticamente significativo em dois dos itens (F1 e F2) com desempenho satisfatório para os serviços de saúde em Cascavel no item F1: 9,2 e em João Pessoa no item F2: 9,5.

Tabela 10.g – Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCATool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Continuação da Tabela 10.f ...			
Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p⁽⁺⁾
<i>Sistemas de Informação</i>	EM/DP	EM/DP	
F1. Quando você leva sua criança no “Serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado?	7,9 (3,9)	9,2 (2,4)	0,000
F2. Quando você leva sua criança ao “Serviço de saúde/ou nome médico /enfermeiro”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	9,5 (1,9)	9,2 (2,4)	0,004
F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ ficha de sua criança se quisesse no Serviço de Saúde /ou médico/enfermeiro”?	4,9 (3,5)	5,0 (3,3)	0,661

⁽⁺⁾ Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

Ao avaliar o escore médio dos itens referentes aos sistemas de informação, seus resultados demonstram que os dois grupos estudados conseguiram um desempenho satisfatório no que se refere à ação do usuário de levar as informações ao serviço (F1) e à disponibilidade do serviço com relação ao prontuário da criança(F2).

O melhor desempenho dos dois serviços foi em relação ao item F2; um resultado avaliado como muito importante. O prontuário é um meio de informação que está diretamente ligado ao sistema de informação para a continuidade da atenção à criança e o fluxo das informações na rede de atenção à saúde. Para que possa exercer este papel, o registro deve ter qualidade dentro da competência de cada profissional. Estudo realizado em São Paulo concluiu ser necessário espaços de discussão com os profissionais envolvidos nas unidades básicas de saúde sobre a qualidade dos registros em prontuário, visto que a maioria deixava de registrar as exigências de seus próprios conselhos de classe. Sugere-se estudo de avaliação da qualidade do registro e do fluxo das informações na rede.

O item F1 também tem um papel importante a ser destacado, visto que a interação entre cuidador e profissionais de saúde pressupõe um caminho de via dupla. A responsabilidade enquanto cuidador principal requer um envolvimento na construção da relação interpessoal do atributo *longitudinalidade e integralidade* das ações com a criança.

O item F3 deste componente foi o único com desempenho insatisfatório em ambos os grupos estudados, e trata de um aspecto de suma importância para a APS: o direito do acesso do cuidador das informações do prontuário. O acesso ao prontuário é um direito que consta no quarto princípio da carta de direitos dos usuários do SUS⁽³⁰¹⁾ e na resolução CFM nº 1997/2012⁽³³⁴⁾. Autores de estudo em Londrina relacionam a falta do conhecimento dos direitos pelos usuários referente a este item o que levaria a não busca das informações⁽³³³⁾.

Os itens em relação ao atributo *coordenação do cuidado* remetem às medidas que estão sendo discutidas para intensificar o protagonismo da APS na coordenação do cuidado, principalmente para a sua função integradora e uma atenção integral e principalmente integrada⁽³³¹⁾.

Nesta visão de novas medidas, traz-se à discussão os Sistemas de Informação na Saúde (SIS) de forma mais ampliada, remetendo aos avanços e perspectivas para um sistema de gerenciamento da informação e da tecnologia, na busca de uma integração para além de um sistema de regulação de marcações de consultas/ações na rede de serviços. Entretanto, uma integração da APS com a gestão do cuidado no setor saúde dentro de uma tendência e perspectiva já apontada pela base evolutiva da tecnologia: poderá afetar todas as organizações de saúde para uma convergência digital e a proposta de um E-saúde que impactarão as

atividades-meio e atividades fim das instituições, dos profissionais e dos trabalhadores dos serviços de saúde⁽³³⁴⁾.

Esta proposta apresenta três componentes para a organização do SIS: dispositivos universais de acesso digital; interconectividade e interoperacionalidade para uma rede generalizada e universal de informações permanentemente conectadas entre si, envolvendo todos os protagonistas dos sistemas de saúde de um país. Com um “E-saúde” poderá ocorrer uma sinergia entre as tecnologias de informação e comunicação e o setor da saúde com suas múltiplas áreas de atividades, o que já acontece em países como Canadá, Europa Ocidental e Japão⁽³³⁴⁾.

O E-SUS⁽³³⁵⁾ já aponta para essa realidade, visto que, enquanto sistema de informação em busca da implementação de um prontuário digital do usuário e através do Cartão SUS, sua movimentação na rede de serviços poderá ser registrada, potencializada e ir mais além, com uma conjunção sistêmica por internet para a integração na rede, intranet para a comunicação dos dados nas instituições, e a extranet, como garantia de informações ao cidadão, o que poderá ter resultado no atributo *coordenação do cuidado*, mas também atingir os outros atributos e a transversalidade entre os nós críticos encontrados nos atributos essenciais.

Na organização do SIS, tanto os profissionais da saúde quanto o cuidador e as instituições teriam acesso garantido às informações da criança e sua mobilidade na rede, o que pode levar a um diagnóstico da situação do fluxo, demanda, tempo perdido por problemas organizacionais e colocar a APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado na rede, por ser a equipe de saúde da área adscrita chamada à responsabilização pelo território – moradia da família-, mas também a gestão como corresponsável por dar atividades-meios para facilitar as atividades–fim da APS.

No RAG 2013⁽²³⁷⁾ de Cascavel, já foi apresentada uma proposta de organizar os sistemas de informação em saúde, com coordenação municipal e estrutura técnica, embora as ações tenham ficado entre realizadas, parcialmente e não realizadas.

Apesar das diferenças e semelhanças entre os dois grupos e as suas unidades de saúde da APS, o resultado dos escores essenciais demonstram fragilidades e potencialidades para serem avaliadas e repensadas com novas práticas e ações com relação à obtenção dos escores essenciais da APS. As diferenças encontradas no estudo entre os serviços de saúde são, por vezes, de raízes políticas e organizacionais relacionadas à manutenção da prática, ainda enraizada de uma visão biologicista da atenção à saúde, outras de avanços e recuos, principalmente quando se fala em saúde da criança.

Entra-se na discussão dos atributos derivados, que por sua vez, são dois: *A orientação familiar e a orientação comunitária*, ou seja, a centralização na família e a orientação para a comunidade.

A Tabela 11, apresenta as medidas descritivas dos escores (0-10) e o teste t para comparação das médias (ou o equivalente teste não-paramétrico U de Mann-Whitney) dos Atributos Derivados (Orientação familiar, Orientação comunitária) e o Escore Geral dos serviços da atenção primária à saúde da criança nos serviços de saúde de João Pessoa-PB e Cascavel-PR, 2012-2013.

Tabela 11 – Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos derivados relacionados à atenção primária à saúde da criança nos serviços de saúde de João Pessoa-PB e Cascavel-PR-2012-2013

Atributos derivados	Localização (Municípios)	N válido	Escore médio	Erro padrão	Escore mínimo	Escore máximo	Valor-p
<i>Orientação familiar</i>	João Pessoa-PB	341	5,3	0,16	0	10	0,000
	Cascavel-PR	526	4,4	0,14	0	10	
<i>Orientação comunitária</i>	João Pessoa-PB	241	5,8	0,19	0	10	0,000
	Cascavel-PR	398	4,9	0,15	0	10	
<i>Escore geral APS</i>	João Pessoa-PB	344	6,4	0,079	2,5	9,6	0,809
	Cascavel-PR	531	6,4	0,054	2,4	9,5	

Fonte: PCATool – Brasil versão criança (Elaboração própria)

(⁺) Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

De acordo com os dados na Tabela 11, os dois componentes dos atributos derivados apresentaram resultados significativos através do teste de Mann-Whitney, sendo a significância p-valor < 0,05. No entanto, em nenhum dos dois atributos o escore médio foi elevado, ou seja, acima de 6,6, mostrando desempenhos insatisfatórios, o que revela que os serviços de saúde apresentam fragilidades e um desenvolvimento ainda incipiente com relação aos atributos derivados. Porém, é possível que nas USF em João Pessoa, o desempenho tenha sido melhor avaliados devido ao modelo de atenção implantado ser o da Saúde da Família, pois as USFs potencializam o papel da APS tendo o foco na família e na comunidade para atuação no território de sua abrangência⁽³³⁾.

A Tabela 12 apresenta o teste de associação de Qui-Quadrado aplicado, para comparação dos serviços-APS das crianças atendidas, segundo informações dos cuidadores dos dois grupos pesquisados.

Tabela 12 - Avaliação dos Atributos Derivados e Escore Geral da APS da criança segundo Unidades de Saúde – (J. Pessoa-USF x Cascavel-UBS).

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS – APS ⁽⁺⁾	Total		Município				Sig. valor- <i>p</i>
			J. Pessoa-PB		Cascavel-PR		
	n	%	n	%	n	%	
ATRIBUTOS DERIVADOS							
I - Orientação Familiar							
Satisfatória (>= 6,6)	305	35,2	139	40,8	166	31,6	p=0,007*
Não-satisfatória (< 6,6)	562	64,8	202	59,2	360	68,4	
Total válido	867	100	341	100	526	100	
J - Orientação Comunitária							
Satisfatória (>= 6,6)	257	40,2	114	47,3	143	35,9	p=0,006*
Não-satisfatória (< 6,6)	382	59,8	127	52,7	255	64,1	
Total válido	639	100	241	100	398	100	
ESCORE GERAL - APS							
Orientado à APS (>=6,6)	415	47,4	169	49,1	246	46,3	p=0,459
Não orientado à APS (<6,6)	460	52,6	175	50,9	285	53,7	
Total válido	875	100	344	100	531	100	

⁽⁺⁾ Teste de associação de Qui-quadrado, resultados significativos: ^(*) valor-p<0,01 ou 0,05.

A Tabela 12 apresentou resultados estatisticamente significativos (valor-p=0,000<0,01) para os atributos derivados, no entanto mostra percentuais insatisfatórios: “Orientação familiar” - USF (59,2%) x Cascavel (**68,4%**) e “Orientação comunitária” - USF (52,7%) x (**64,1%**), para ambos os grupos.

O resultado dos atributos derivados destaca, em relação aos serviços que as USF em João Pessoa e UBS em Cascavel têm uma posição um pouco melhor desenvolvida em relação a orientação comunitária da APS do que na orientação familiar. Busca-se nos itens dos atributos derivados, a essência dessa posição.

A Tabela 13, apresenta os escores médios e desvio padrão dos itens do PCATool por unidades de saúde em João Pessoa (USF) e Cascavel (UBS).

Tabela 13 – Escores médios de (0-10) e desvio padrão dos itens do PCATool-Brasil versão criança por unidades de saúde em João Pessoa-PB (USF) e Cascavel-PR (UBS) dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Itens do PCATool-Brasil (criança)	João Pessoa (USF) n=344	Cascavel (UBS) n=531	Valor-p ⁽⁺⁾
Orientação familiar	EM/DP	EM/DP	
I1. O seu /sua “médico / enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	3,1 (4,4)	4,0 (4,5)	0,003
I2. O seu /sua “médico / enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança?	7,0 (4,5)	4,8 (4,8)	0,000

I3. O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	5,8 (3,5)	4,4 (3,7)	0,000
Orientação comunitária			
J1. Alguém do serviço de saúde faz visitas domiciliares?	8,0 (3,7)	6,3 (4,4)	0,000
J2. O serviço de saúde conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	5,4 (3,6)	4,9 (3,8)	0,053
J3. Faz levantamento de problemas de saúde da comunidade nas casas?	4,7 (3,5)	4,6 (3,6)	0,613
J4. Convida membros da família a participar do conselho de saúde?	3,9 (3,9)	2,8 (3,9)	0,000

⁽⁺⁾ Teste de Mann-Whitney (comparação de 2 grupos independentes): resultado significativo, **valor-p<0,05**

Em relação aos resultados dos atributos derivados, pode-se observar, quanto aos 03 itens que constituem o atributo *orientação familiar*, que todos apresentaram diferença estatisticamente significativa quanto à avaliação nos dois grupos estudados. Desses itens da orientação familiar, o item I1 apresentou diferença significativa favorável nas UBS de Cascavel-PR (média 4,0), enquanto os itens I2, o único com desempenho satisfatório, e o item I3 apresentaram diferença estatisticamente significativa nas USF (médias: 7,0 e 5,8 respectivamente).

Em relação ao atributo *orientação comunitária*, constituído de 04 itens, em metade deles (J1 e J4) houve diferença estatisticamente significativa em relação as USF de João Pessoa-PB, que apresentou desempenho satisfatório em um desses itens (média 8,0), bem como nos outros três itens deste atributo.

A *orientação familiar* decorre da consideração do contexto familiar no cuidado prestado⁽³³⁴⁾. A valorização da aproximação com a família, promove a saúde da criança quando implica em agir e intervir com estratégias de acordo com a realidade das crianças no contexto familiar⁽³³⁸⁾.

Os itens do atributo *orientação familiar* são ligados às características do profissional: o item I1, pergunta ao cuidador as suas ideias e opiniões sobre o tratamento e o cuidado da criança. O item I2 busca informações sobre doenças/problemas na família, em I3, o profissional poderá se reunir com outros membros da família, se o usuário achar necessário.

Essa caracterização tem a ver com a continuidade da atenção e com o lidar e agir com as crianças no contexto da família, e vincula as USF em João Pessoa, como melhor desenvolvidas para apreender a importância da demanda da criança no seu espaço social e o contexto da família. No entanto, esperava-se atingir escore médio acima da média de corte do estudo por uma relação com o atributo essencial, *longitudinalidade*, no qual este município teve uma resposta positiva tanto no componente processual, como no estrutural. Essa

interrelação é atribuída por autores⁽³⁷⁾ devido à atenção à saúde da criança ter como suposição a necessidade de uma maior interação com a família.

Outro aspecto a ser discutido refere-se à repercussão da relação das unidades de saúde com a orientação familiar no crescimento e desenvolvimento infantil, visto que, os profissionais foram avaliados como não voltados para a orientação familiar. Os cuidadores ao serem estudados com as variáveis do seu perfil socioeconômico, demonstraram em suas características uma sinalização positiva para a interação e relação interpessoal com os profissionais da saúde como meio de interferir no desenvolvimento saudável de seus filhos. Ao mesmo tempo, a análise dos escores do perfil do cuidador sobre os atributos essenciais e geral da APS para os dois municípios trouxe resultados satisfatórios, o que deve ser levado em consideração pelas unidades de saúde.

Em linhas gerais os cuidadores principais (Tabela 4.b) nos dois serviços de saúde, na sua maioria são mães, com faixa etária entre 24 a 34 anos, com mais de 10 anos de estudo ou até 10 anos e situação conjugal entre casadas e união estável. Essas variáveis, junto com o contexto de sua morada interferem diretamente na vida da criança⁽²⁶²⁾. Na comparação com os escores essencial e geral da APS, com mãe como cuidadora principal obteve-se média alta para o escore essencial e escore médio relativo para o escore geral, já os anos de estudos do cuidador principal e a família (mãe e pai) também apresentaram no escore essencial uma avaliação média alta e escore geral próximo da meta positiva da avaliação.

As USF de João Pessoa-PB tiveram melhor avaliação no atributo derivado. Diante disso pontua-se ser importante a discussão do fortalecimento da orientação familiar na educação permanente, que é assumida enquanto uma política de suporte para um movimento de transformação das práticas do setor, sendo assim, uma das bandeiras da SMS-JP desde o ano de 2005 até a data atual (2016). Para as USB sinaliza-se para a implementação da mesma discussão, visto que, os atributos derivados em Cascavel obtiveram desempenho insatisfatório.

Estudos acerca dos atributos derivados, abordando a orientação familiar tem corroborado o resultado abaixo do escore médio esperado apontando que essa realidade precisa ser aprimorada para cumprir o papel de ser um serviço provedor de APS e dirigido à população⁽³³³⁾. Ao comparar as unidades de saúde, autores apresentaram resultado semelhante, ao deste estudo, ou seja, orientação familiar com desempenho insatisfatório na USF mas com resultado melhor do que nas UBS⁽³³⁷⁾.

Salienta-se, no entanto, que poucos são os estudos que abordam os atributos derivados na saúde da criança em APS, sendo uma lacuna que poderá ser impulsionada com novos estudos de avaliação.

A *orientação comunitária*, leva em consideração o reconhecimento das necessidades sociais da população quando do planejamento de suas ações^(320,337). Sua importância na efetividade da APS é percebida quando se avalia se os serviços são direcionados à população ao apresentarem os atributos essenciais e os atributos derivados para uma interação com os indivíduos e com a comunidade⁽³³³⁾.

O atributo orientação comunitária neste estudo não apresentou um desempenho satisfatório que indicasse que os serviços de saúde fossem voltados para a orientação à comunidade. As USF de João Pessoa apresentaram um melhor desempenho neste atributo com diferenças estatisticamente significativas em relação a UBS, sendo seu percentual satisfatório também significativo (Tabela 13). O resultado para este serviço de saúde teve eco na visita domiciliar com um desempenho satisfatório alto (8,0), o único para este atributo derivado, enquanto que as UBS de Cascavel teve um desempenho insatisfatório (6,3). A diferença estatisticamente significativa e um desempenho satisfatório alto para a USF neste estudo foi corroborada por outros autores que associaram a presença e importância dos ACS e ações de visita domiciliar pela equipe de saúde como atividade em grupo para a efetividade do atributo^(37,333).

A visita domiciliar tem sido discutida, ao mesmo tempo, por encontrar muitos desafios para cumprir seu papel de instrumento de diagnóstico local para a programação de ações a partir da realidade, produzindo maior proximidade e responsabilização dos profissionais em relação ao entendimento das necessidades de saúde da população e do território, apontando o contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, o que envolve relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. Esses aspectos podem ser vinculados⁽³³⁶⁾ em relação aos outros itens do atributo que aludem ao conhecimento dos problemas da vizinhança, levantamento dos problemas da comunidade, cujos escores foram baixos, sendo insuficiente para os dois serviços de saúde, mesmo que as USF de João Pessoa tenham tido uma diferença estatística significativa em relação às UBS de Cascavel-PR.

Procurando nos planos de saúde dos municípios a organização para a orientação comunitária, observa-se o papel da visita domiciliar na organização do sistema orgânico-funcional. Na SMS de João Pessoa, o modelo de estratégia saúde da família tem as características com equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e ACS), e interdisciplinar com encontros individuais e atividades em grupo. Os

integrantes da equipe são generalistas envolvidos em problemas comuns de dado território. Em todas as unidades existe a presença do ACS e em áreas ainda descobertas pela USF, o PACS é mantido, ou seja, quase todo o território do Distrito III tem cobertura. A distribuição do trabalho adota os princípios do PACS e ESF, cada equipe tem uma área adscrita com cerca de 12 ACS e o acompanhamento familiar na comunidade é feito por visita domiciliar diária dos ACS e semanalmente uma visita com o toda a equipe de saúde.

Na SESAU em Cascavel-PR, as UBSs tradicionais como modelo de atenção têm dois cenários distintos: um com acompanhamento do ACS e outro sem o ACS. O cadastro das famílias é realizado por áreas cobertas pelo PACS. O atendimento da saúde à criança é realizado por enfermeiros e um médico pediatra. Não foi encontrada a forma de organização da dinâmica das visitas domiciliares nos planos e RAG do município. No RAG 2013 comenta-se sobre a Visita domiciliar, na proporção de 64,10 % de imóveis frequentados por visitas domiciliares para o controle da dengue.

Uma referência sobre essa ferramenta na APS, encontra-se em artigo que aborda a orientação familiar em um município do Paraná, ao qual afirma que a visita domiciliar é importante no processo de trabalho das unidades de saúde, mas, na prática não é realizada de forma efetiva e por vezes não é contemplada, no plano de cuidados dos serviços⁽³³⁹⁾.

Portanto, diante dessa organização dos modelos de atenção esperava-se que o atributo derivado, orientação comunitária em João Pessoa obtivesse-se um escore de desempenho satisfatório, como ponto forte para a produção da mudança do modelo assistencial. Esse aspecto precisa ser aprofundado em novas pesquisas de avaliação em saúde, de cunho qualitativo para melhor compreensão da relação da ESF com a orientação familiar e comunitária. Tendo em vista o modelo assistencial assumido, considera-se o desempenho de Cascavel, mesmo que insatisfatório para este atributo derivado, devido a ação aos ACS de saúde e ambiental.

A participação comunitária é um dos princípios do SUS e os conselhos de saúde representam o controle social oficial. É historicamente um dos maiores avanços do sistema de saúde brasileiro. Contudo, isso não tem sido efetivado na prática; seja a participação nos conselhos oficiais, seja uma participação enquanto cidadão na compreensão de uma proposta de mudança do modelo assistencial brasileiro, atuando como um participante de peso para tensionar a mudança. Poucos são os estudos em relação à *orientação comunitária* que se debruçam sobre a importância do papel dos serviços de saúde atuando na comunidade como embasamento para os conselhos de saúde^(320,340). Este é um desafio, principalmente quando o foco é a saúde da criança, o que pode ser investigado, pois a orientação comunitária e seu

conteúdo é uma ação coletiva no contexto da família, e a criança tem aí o seu espaço social constituído.

No RAG 2013 de Cascavel- PR constam pontos de realizações em relação aos conselhos, tanto como capacitação de conselheiros, como a criação de 10 conselhos locais de saúde e fortalecimento dos conselhos já constituídos, o qual ficou parcialmente realizado.

Alguns estudos^(37,335,337), ao avaliarem a *orientação comunitária* na atenção à saúde da criança, ou na estratégia saúde da família⁽³⁴¹⁾ e entre comparações entre modelos de atenção⁽³²⁰⁾, demonstram ser uma dimensão com proporção de percentuais baixos para uma resposta positiva⁽³²²⁾ embora com melhor avaliação do que a orientação familiar⁽³⁷⁾, como neste estudo.

Essa posição em relação à orientação comunitária dos serviços faz refletir sobre alguns desafios; as limitações de uma proposta de mudança do modelo assistencial da APS, o desafio das gestões perante a operacionalização e organização das ações e serviços, dentro de uma rede de atenção à saúde que ainda não tem na transversalidade dos atributos da APS, um fortalecimento que aponte para novos caminhos, como também os desafios de medidas e ferramentas que possam constituir uma interação entre os componentes do processo, ainda um dos pontos de fragilidade da rede de atenção à saúde, e a distância entre a ideação das políticas de saúde e a sua efetivação na prática, que envolve desde a formação até a constituição de uma sociedade.

Ao avaliar os resultados do escore dos atributos essenciais, percebeu-se que os dois serviços de saúde municipais tiveram um desempenho satisfatório, ou seja, os escores essenciais são orientados para APS nas modalidades de atendimento à saúde, USF e UBS, com Cascavel apresentando um escore essencial superior a João Pessoa.

Trazendo os resultados dos atributos derivados, pode-se fazer a análise conjunta de comparação do Escore Geral da APS, representado na Tabela 12, entre os serviços de saúde de João Pessoa e Cascavel. A partir da aplicação do teste paramétrico *t*, não foi apresentada diferença significativa entre os escores médios gerais (ou seja, significância *p*-valor > 0,05), embora, nos escores médios gerais, ambos os serviços de saúde da atenção básica tiveram o mesmo valor (6,4).

Diante deste resultado pode-se avaliar que os dois serviços de saúde da atenção básica estão próximos do valor referido como o ideal. Assim sendo, em presença da configuração dos atributos de acordo com o cuidador da criança atendida nas unidades, não foram apresentadas diferenças significativas quanto ao tipo de unidades de saúde da APS, ou seja,

independente do tipo de serviço. Em relação ao indicador “Escore Geral”, também não houve associação significativa para a orientação satisfatória da APS (valor- $p > 0,05$).

Os resultados da avaliação dos escores dos atributos da atenção primária à saúde das crianças nos municípios com modelos de atenção da USF e UBS apresentados na perspectiva do cuidado quanto aos serviços de atenção básica demonstram a sua orientação à APS. Assim, para a avaliação da efetividade serão associados os desfechos da orientação à APS aos resultados da atenção à saúde da criança através dos indicadores de saúde de ambos os municípios relativo a essa população infantil, com dados relacionados nos planos de saúde e nos relatórios de gestão no período de 2010-2013. A associação poderia ter como foco os atributos da APS e as mudanças obtidas pela gestão de saúde entre o planejamento e seus resultados, como entendimento de avaliação da efetividade.

5.5.1 Correlacionando os atributos da APS aos resultados dos indicadores de saúde referente ao estado de saúde infantil dos serviços de saúde municipais.

Nos planos municipais de saúde(PMS)2010-2013 de ambos os municípios, os indicadores relacionados à criança seguem a análise das condições de saúde encontradas no período de 2005 a 2009, base para o planejamento das ações e metas das políticas de saúde. Os dados expostos nos planos foram obtidos a partir de indicadores gerados pelos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde em relação a mortalidade (SIM), nascimentos (SINASC), imunização (PNI), vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) e agravos de notificação obrigatória (SINAM).

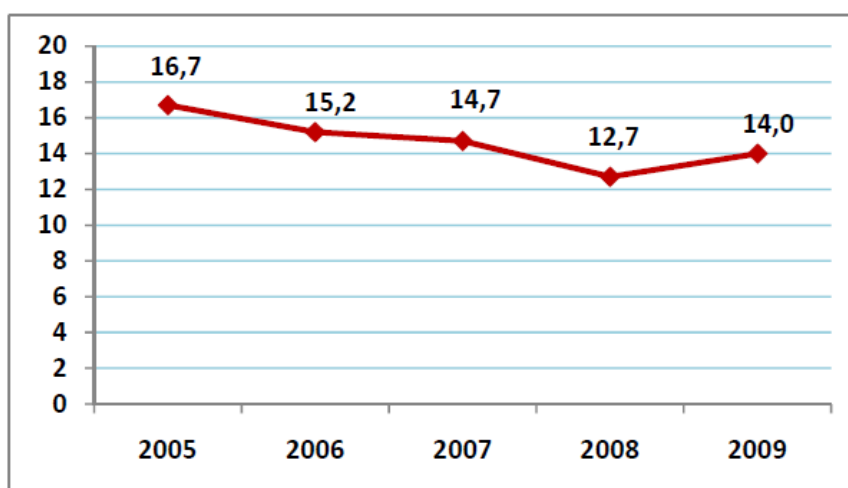
Posteriormente, correlaciona-se a situação exposta nos planos de saúde aos resultados obtidos dispostos nos relatórios de gestão de 2010 a 2013, numa correlação do impacto na situação epidemiológica e na saúde infantil nos dois serviços dos municípios. A partir deste olhar, analisa-se a avaliação da efetividade diante da organização dos serviços e as políticas de saúde implementadas pelos municípios dentro do enfoque da perspectiva populacional.

O plano municipal de saúde de João Pessoa 2010-2013 relaciona o *Coefficiente de Mortalidade Infantil – CMI* no período dos anos de 2005 a 2008, observando que ocorreu redução entre os anos de 2006, 2007 e 2008, com um pequeno aumento no ano de 2009. Esta situação de saúde pode ser analisada no Gráfico1.

Analisando o CMI em Cascavel-PR, encontra-se, referenciada no texto, à mortalidade infantil em uma série histórica de 10 anos, (não apresentada no PMS-2010-2013) e apresenta-se que quando ocorreu uma redução de 15,06 óbitos por mil nascidos vivos(NV) em 1999, para 13,19/1.000 NV em 2008, com algumas variações entre os anos do estudo. Cita-se como exemplo o ano de 2002, quando o CMI atingiu 11,11 dos óbitos por mil NV no ano de 2003, aumentou para 16,20 óbitos. Em 2009, o coeficiente teve um aumento, considerado leve, para 13,37/1.000 NV.

No entanto, mesmo com essa situação exposta nos dois PMS dos grupos estudados para o ano de 2009, o valor do CMI é considerado adequado, de acordo com a OMS, que preconiza que os coeficientes menores de vinte óbitos por 1.000 NV são considerados baixos indicadores de mortalidade infantil para países em desenvolvimento⁽³⁴²⁾.

Gráfico1: Coeficiente de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos. João Pessoa, 2005 a 2009



FONTE: SIM / SMS – JP

O PMS-JP 2010-2013 explicita o aumento de CMI, no ano de 2009, trazendo as alterações dos componentes do CMI e a desagregação dos dados por distrito sanitário. O DS-III, apresentou o maior valor, sendo o território com maior fragilidade para mortes em menores de um ano no município. A CMI de João Pessoa-PB teve este aumento devido ao componente de *coeficiente mortalidade neonatal precoce* (CMNP), que estima o risco de um nascido vivo morrer durante a sua primeira semana de vida. Este componente, em João Pessoa, teve nesse ano o coeficiente de 7,4. O DS-III teve o mais alto indicador do município com 9,9 de CMNP.

O componente *coeficiente de mortalidade neonatal tardia* – CMNT (8 a 27 dias de vida), ligado às condições socioeconômicas e de saúde da mãe, como também, à inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, foi de 3,1 em cada mil nascidos vivos no ano de 2009, em João Pessoa-PB. O DS-III teve um indicador superior ao município também neste componente, sendo destacado por ter alcançado o maior índice (4,6 óbitos em cada mil nascidos vivos).

A *mortalidade infantil pós-neonatal*, designa os óbitos de crianças entre 28 e 364 dias de idade por mil nascidos vivos, ocorridos em determinado local e período, e reflete uma relação com baixos níveis de saúde, desenvolvimento socioeconômico e de condição de vida, como a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas^(233,231), apresenta-se, no ano em questão, para João Pessoa 3,2 óbitos em cada mil nascidos vivos. O DS-III apresentou o maior risco de morte com 4,2 óbitos para esta faixa etária⁽²³⁵⁾. Este quadro relaciona-se diretamente a integração entre os atributos essenciais da APS, tanto nas dimensões processual como na estrutural, e demonstra a necessidade da integralidades das ações.

No PMS 2010-2013 de Cascavel-PR, os componentes do CMI também foram apresentados com alterações de seus dados, principalmente relacionados ao ano de 2008, embora a referência de aumento leve do coeficiente tenha sido observada no município em 2009. O coeficiente de mortalidade neonatal precoce e tardio teve uma redução em relação ao ano anterior (2007), no entanto, a mortalidade infantil tardia ou pós-neonatal, aumentou de 2,89 para 4,80 óbitos por mil nascidos vivos. Além disso, entre os anos de 2006 e 2008, o aumento ocorreu na mortalidade infantil proporcional (número de óbitos em menores de um ano em relação ao total de óbitos) que passou de 3,36% para 3,79%.

Sabe-se que a mortalidade infantil é um dos indicadores de saúde mais utilizados para avaliação das condições de saúde da população infantil, indicando o risco ou a probabilidade de qualquer criança poder vir a morrer em decorrência de uma doença, por compreender a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal. As taxas dos dois municípios são classificadas como baixas, em função da proximidade de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas. De maneira geral, seu uso contribui para a avaliação dos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, além de subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação das políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil⁽³⁴³⁾ na rede de atenção à saúde, sendo que estes aspectos incluem todos os atributos essenciais e derivados da APS.

Outro indicador correlacionado em ambos os planos municipais de saúde^(230, 233) refere-se à *mortalidade materna (MM)*. A opção de documentar a avaliação desse indicador de saúde relaciona-se à compreensão de sua importância para a saúde da criança. Conforme foi visto nos resultados da análise do perfil socioeconômico deste estudo, a mãe é uma figura de vital importância para o desenvolvimento da criança e a sua principal cuidadora na amostra deste estudo, quando comparada às variáveis sociodemográficas das famílias das crianças atendidas no serviço de atenção primária à saúde. Foi a variável de maior impacto com resultado bastante significativo para a avaliação do cuidador principal. Este indicador é um rompimento deste laço materno com a criança por morte, no período da gestação ou dentro da mesma ou da sua localização, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela condição gestacional ou ainda, por medidas relativas a essa, excluídas as causas acidentais ou incidentais⁽²³³⁾. A MM pode ser relacionada aos serviços prestados oferecidos e a integralidade das ações na rede de atenção à saúde.

A MM teve em João Pessoa no ano de 2009 um aumento significativo de sua incidência⁽²³⁵⁾. Em Cascavel, a partir de 2007, com um valor de 120,54/100.000 NV, ocorreu um declínio passando em 2009 para 48,60/100.000 NV⁽²³⁰⁾.

O aumento da taxa de 25,9 por 100.000 nascidos vivos em 2008 para 43,9 em 2009 de MM em João Pessoa foi atribuído à implementação da vigilância dos casos por meio da investigação de 100% dos óbitos captados e investigados de mulheres em idade fértil. Ainda neste município, encontra-se a desagregação dos dados por distritos sanitários, que contribuiu para a elevação dessa taxa de forma significativa relacionando-se ao DS-I (100,0) e DS-IV(118,8) que apresentam as maiores taxas obtidas. Neste indicador, o DS-III teve uma taxa de 35,4 óbitos, ficando com a segunda menor taxa no município. Embora ainda com uma taxa elevada, o DS-III não contribuiu acentuadamente para o quadro de mortalidade materna.

Outro indicador das condições de saúde infantil encontrado na análise documental dos planos de saúde dos dois municípios refere-se ao *perfil dos nascimentos das crianças*, contemplando as informações do Sistema de Informação sobre Nascimentos (SINASC).

Encontra-se no plano municipal de JP, em relação ao perfil de nascimentos, estudo de percentual e avaliação do *estado de saúde do RN ao nascer*. O percentual refere-se aos anos de 2005 a 2009, quando ocorreram 128.604 nascimentos. Sendo, 72,2% (56.912) de mães residentes em João Pessoa-PB. Por distrito sanitário a maior concentração desses eventos é o DS-III com 26,5% de um total de 11.369 nascidos vivos residentes de João Pessoa. Em relação à via do parto, 60,2% nasceram em cirurgias cesarianas no DS-III na cidade de João Pessoa foram 59.1% em partos cesarianos.

Em Cascavel-PR, no ano de 2008, nasceram 4170 crianças. Desde 1997, o coeficiente de natalidade vem decrescendo de uma média de 23,46 nascimentos por 1.000 habitantes para 14,3 em 2008. Em 2009, foram 4.115 nascimentos, mantendo a tendência de queda e um coeficiente de 13,89 NV. Por análise de declarações de nascido vivo, identificou-se em 2008, do total de partos realizados que, 57,8% foram cesáreos; um aumento relativo de 8% em relação ao ano de 2007.

O quadro de nascidos vivos está diretamente ligado ao acompanhamento da mulher, a partir do momento em que ela engravida e através da atenção pré-natal na unidade primária de saúde, sendo um indicador que pode contribuir para elaboração de propostas com vistas à qualidade da atenção nos serviços em saúde e a importância da continuidade e integralidade da atenção. A agenda de compromissos da atenção à saúde da criança e mortalidade infantil traz a importância desta condição de acompanhamento da mulher, antes mesmo de se pensar num processo gravídico, nas suas estratégias como linha de cuidado da saúde da criança⁽¹⁴⁹⁾.

Em João Pessoa-PB, no ano de 2009, o número de consultas no DS-III foi de 7,6 % de mulheres com 1 a 3 consultas; 30,9% com 4 a 6 consultas; e, 59,9% com mais de 7 consultas, segundo o SINASC/SMS-JP. Em Cascavel-PR, no ano de 2008, 72% das gestantes fizeram 7 ou mais consultas, 4,9% de 1 a 3 consultas; 22% de 4 a 6 consultas e 0,8% não fizeram nenhuma consulta durante o período da gravidez.

Embora, a maioria das grávidas nos dois municípios tenham sido acompanhadas em 7 ou mais consultas, o que sugere em geral um bom acompanhamento, não se configurou em escolha pelo parto normal. Sabe-se que o Brasil apresenta alta taxa de cesarianas, em geral 35% e acima de 70% quando se considera o serviço de saúde complementar⁽³⁴⁴⁾ e, no período mencionado, alude-se este fato para a discussão da escolha da mulher. A cirurgia cesariana influencia no estado de saúde da criança ao nascer é associada ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal⁽³⁴⁵⁾ e tem sido mencionada como um procedimento sem identificação médica de riscos para gestantes e /ou feto, apesar de ser preconizado o contrário⁽³⁴⁴⁾. É necessário um olhar atento para o contexto da família e a repercussão das ações e cuidado em saúde sobre o estado de saúde da criança no período perinatal como uma forma de pensar a integralidade longitudinal das ações em saúde.

Ainda em relação à mãe e ao estado de saúde da criança ao nascer os dois municípios também apresentaram nos planos municipais de saúde avaliação da idade da mãe durante o período da gestação. Referindo-se à preocupação pelos serviços de saúde com a gravidez tardia e a gravidez precoce e suas consequências para a mãe e o RN. Quando estudado o perfil

sociodemográfico foi analisado este aspecto da amostra e suas repercussões, o que demonstra pontos em que os serviços de saúde conheciam os problemas da sua população adscrita.

No município de João Pessoa-PB os dois extremos foram contemplados na avaliação do plano; a gravidez tardia e a precoce, embora os percentuais apresentados tenham tido uma incidência um pouco mais elevada para a gravidez na adolescência. O percentual de nascidos vivos por idade da mãe em João Pessoa, em 2009, representou 20,9% entre 10 a 19 anos, 71,7% entre 20 a 35 anos e 7,4 % entre 36 a 52 anos. O DS-III manteve valores próximos aos do município com 20,2% entre 10 a 19 anos, 72,6% entre 20 a 35 anos e 7,3% entre 36 a 52 anos de idade materna.

Em Cascavel-PR, no ano de 2008, a preocupação destacada foi com a gravidez precoce, 19,4% das mulheres grávidas figuravam na faixa etária de 10 a 19 anos; um acréscimo em relação ao ano anterior de 0,5%. Neste mesmo período, a maioria, 49,6% das gestantes estava na faixa etária de 20 a 30 anos.

O *estado de saúde ao nascer* é um fator determinante para a sobrevivência e a qualidade de vida da criança. Riscos como recém-nascidos de baixo peso (<2.500 g) e a macrosomia fetal(4kg-4,5kg), crianças prematuras com anomalia congênita foram reportados nos dois municípios. Este indicador necessita da integração da rede de serviços em saúde.

Em João Pessoa, no ano de 2009, aconteceram 917 casos de baixo peso e 731 casos de macrosomia fetal. Diante deste quadro foi destacado o peso ao nascer por refletir sobre a morbi-mortalidade e o desenvolvimento infantil. Os dois fatores de risco referidos foram estudados por Souza e outros autores quanto às recomendações para a indicação de cesarianas; indicador de alto índice no município. Quanto ao baixo peso, ficou evidenciado que isoladamente não é indicação de cesárea. Em relação à macrosomia fetal, a indicação refere apenas ao feto de mãe diabética com mais de 4,5 kg de peso estimado; ou ainda, feto de gestante sem diabetes com mais de 5 kg de peso estimado⁽³⁴⁵⁾.

Em Cascavel, o *baixo peso ao nascer* teve um decréscimo na porcentagem de crianças entre os anos de 2007 e 2008, de 9,2% para 8,4%, para todos os tipos de parto. Em relação à saúde da criança, Cascavel-PR ainda tratou de aspectos como os indicadores das condições nutricionais de crianças menores de cinco anos. O acompanhamento deste quadro apresentou em 2009 a avaliação de 2.661 crianças, das quais 87,41% eram eutróficas 1,35% tinham muito baixo peso para idade, 2,41% baixo peso, e 9,02% peso elevado, sendo considerado um município com baixa prevalência para a desnutrição infantil, no entanto, com o dobro de prevalência do sobrepeso nesta faixa etária.

Outro risco à saúde, a prematuridade de RN residentes no município, sofreu um aumento de 8,1% em 2007 para 8,3% no ano de 2008, sendo citada a anomalia congênita, com um percentual de 1% apenas nesse mesmo ano.

Em relação à análise da *cobertura vacinal* para crianças menores de um ano de idade, só o município de Cascavel-PR apresentou no plano municipal de saúde 2010-2013, a cobertura obtida com o programa nacional de imunização (API-PNI) para os anos de 2007 e 2008, com a referência de aumento das coberturas para as vacinas Poliomielite, BCG, tetravalente e Rotavírus (< 84%) para crianças menores de um ano de idade. Com relação a outras vacinas para menores de um ano, a meta de 95% não foi alcançada como a febre Amarela (91,2%) e a hepatite B (93,37%), tríplice viral em crianças com um ano de idade (93,7%). A cobertura vacinal é um dos serviços prestados da integralidade que foi discutido e aprovado na avaliação dos atributos da APS. João Pessoa não referenciou a cobertura como indicador de saúde no PMS-2010-2013⁽²³³⁾.

Em relação às *doenças de notificação compulsória*, João Pessoa-PB não referenciou as doenças diretamente à faixa etária das crianças. No município de Cascavel-PR o controle da diarreia por meio da monitorização das doenças diarreicas agudas (MDDA) em todas as suas unidades básicas de saúde referiu para o ano de 2008 a notificação de 2.286 casos, nas faixas etárias de dez anos ou mais (35,6%) e de um a quatro anos (28,6%).

Estes indicadores estudados nos planos municipais de saúde, mostram uma *condição de saúde infantil* que apresentou algumas mudanças nos anos subsequentes. Diante disso, analisam-se os resultados obtidos no estudo em relação aos componentes estrutural e processual, correlacionando a implementação das políticas de saúde infantil para o ano de 2010-2013.

Os resultados na condição de saúde dos municípios, a partir do ano de 2010, são recuperados para melhor entendimento da repercussão da implementação das políticas do setor traçadas nos planos municipais sobre o estado de saúde das crianças.

Em João Pessoa- PB, o relatório anual de gestão-2010⁽²⁵¹⁾, como dado preliminar traz o retorno à tendência de queda do *coeficiente de mortalidade infantil* com 12,48/1.000 NV. Este resultado pode ser atribuído a diversas estratégias do cuidado na rede de atenção à saúde, dentre elas, a qualificação da atenção pré-natal, com acesso das mulheres à consulta de baixo risco na atenção básica, assistência ao parto com investimento na rede de atenção obstétrica por aumento do número de leitos para o atendimento em maternidades, implantação do projeto “mãe canguru”, implementação do banco de leite municipal, ampliação da unidade de

tratamento intensivo neonatal (UTIN), construção da UTI materna e, maior atenção na puericultura à saúde da criança no primeiro ano de vida ^(168,251).

O coeficiente de mortalidade infantil em 2011 para o município de João Pessoa-PB representou 12,3 por 1.000 nascidos vivos, tendo uma elevação para 14,0 em 2012⁽³⁴⁶⁾. Em relação ao DS-III é referida um CMI em 2012 de 11,4 por 1.000 NV⁽³⁴⁸⁾. Porém, tanto no RGA-DSIII-2011 como no RAG-DSIII-2012 revela-se que o componente do CMI, a taxa de *mortalidade infantil pós-neonatal* continuou a ser um problema no município, principalmente no DS-III, causado por mortes potencialmente evitáveis e associadas principalmente à desnutrição e as doenças infecciosas como diarreias e pneumonia preveníveis, além de diversas outras causas^(229,231).

Autores abordando a integralidade da atenção à saúde infantil, corroboram com o acontecimento dessa situação e trazem a vulnerabilidade da APS vinculada às mortes evitáveis e hospitalizações por causas sensíveis na atenção à saúde, que continuam acontecendo, por vezes, mesmo que a estratégia das políticas de saúde seja a implementação dos programas governamentais.⁽³²²⁾ A integralidade das ações e conhecimento dos problemas da comunidade e da saúde infantil poderiam trazer estratégias com atuações nos problemas com base no território, pois a avaliação da integralidade dos cuidadores deste município teve um escore muito baixo, o que parece haver uma concordância no relatório.

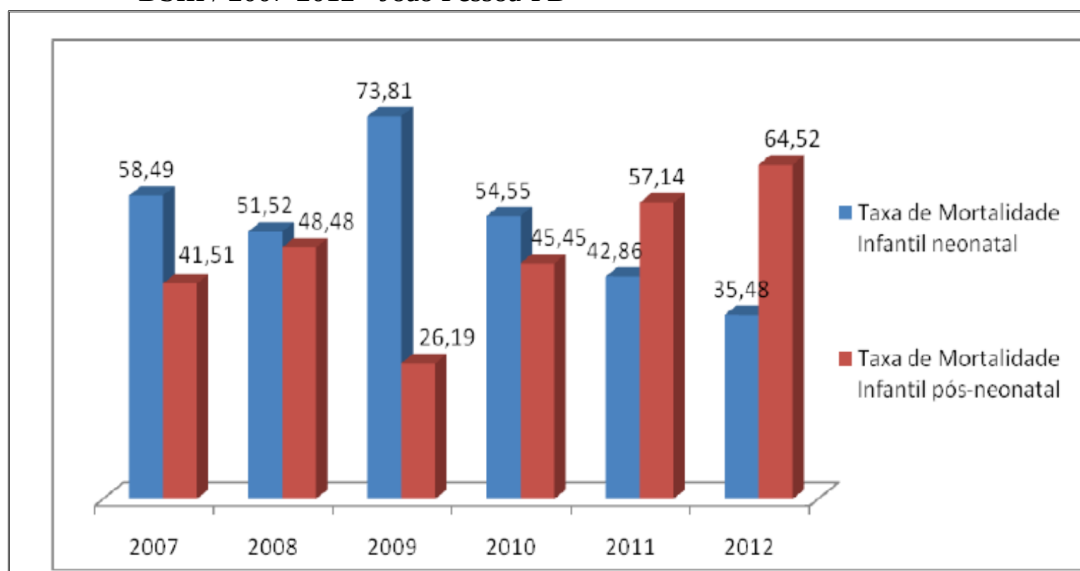
Para entender esta diversidade de óbitos infantis no quadro de CMI interligada à mortalidade infantil pós-neonatal, realizou-se a reprodução do gráfico apresentado no RGA-DSIII-2012⁽²²⁹⁾, para melhor visualização da mortalidade infantil proporcional neonatal e pós-neonatal, nas áreas cobertas pela USF do DS-III, entre os anos de 2007-2012, no município de João Pessoa-PB. No ano de 2011, ocorreu registro de um total de 40 óbitos em João Pessoa; 30% destes óbitos ⁽²²⁹⁾ ocorreram no DS-III, sendo 58,3% por causas diversas, 25% por IRA e 16,7% por diarreia⁽²³¹⁾.

Em 2012, no mesmo DS, ocorreu um decréscimo da taxa de mortalidade infantil neonatal apresentando 5,9 por 1.000NV, associado ao acompanhamento gestacional. O componente CMNT 2,3 apresentou por 1.000 NV mas, obteve um aumento significativo de 7,38% em relação ao ano de 2011 de mortalidade infantil pós-neonatal. Agregou-se o aumento dessa taxa aos óbitos por diarreia em crianças menores de um ano, embora, quando apresentado os óbitos pós-natais em análise numérica e apresentação percentual, tenha sido observado pelo relatório que, a maioria ocorreu por outras causas, reforçando no texto do relatório, “que não sejam diarreia e IRA^(229,346)”.

Fazendo uma comparação entre os percentuais de causas dos óbitos de 2012 com o ano anterior, analisa-se que houve um aumento de 7,63% em relação a outras causas e, em relação à diarreia, um aumento de 9,04%. Portanto, em termos percentuais, a maioria da elevação dos óbitos, por causa, refere-se ao aumento dos óbitos por diarreia, ambas causas sensíveis à APS.

Para o ano de 2013, tanto o RGA-2013 de João Pessoa-PB, como o PMS-JP 2014-2017, não apresentam o valor do CMI, mas é referido que dados parciais desse ano demonstram haver uma redução do valor no CMI⁽³⁴²⁾.

Gráfico 2. Mortalidade infantil proporcional neonatal e pós neonatal nas áreas cobertas pela USF – DSIII / 2007-2012 - João Pessoa-PB



Fonte: SIAB, 2011 / DAB 2012 - Relatório Anual de Gestão 2011-2012.

Em Cascavel, o Coeficiente de Mortalidade Infantil após ter atingido 13,37/1.000 NV em 2009, teve uma queda em 2010, embora essa informação seja dúbia, em relação ao coeficiente apresentado no RGA 2010 e no 2011. No Sistema de apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS do Departamento de Informática do SUS-DATASUS, um documento registra o CMI como 10,44/1.000 NV e no PMS-Cascavel/2014-2017, encontra-se como 12,15/1.000 NV, atribuída à informação do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015. Para o ano de 2011, a Vigilância Epidemiológica de Cascavel apontava uma redução para 9,4/1.000 NV, por análise de dados preliminares, referência também encontrada nos RAG 2011. No entanto, o índice atingiu 11,65/1.000 NV. Neste ano, foi implantado o Comitê Municipal de Investigação dos óbitos Maternos e Infantis, com uma averiguação de 100% dos casos⁽²³⁷⁾.

Conquanto, haja dubiedade em relação aos coeficientes apresentados, repete-se o quadro da taxas de mortalidade em crianças menores de um ano de idade entre os anos de 2008 a 2012 em Cascavel. No quadro a seguir é possível confirmar uma redução de 31,7% dos valores registrados entre 2008 e 2012 do CMI⁽²³⁷⁾.

Ainda, de acordo com o quadro 15, pode-se avaliar um decréscimo na taxa de mortalidade perinatal ou precoce em Cascavel, atingindo 31,18% mantendo a tendência de queda do coeficiente como apresentado a partir de 2007. Em relação a CNMT, no RAG 2011 encontra-se como meta manter ou reduzir de 8,40/1.000 e como resultados uma queda em 2010 para 7,72 e em 2011 de 6,42/1.000 NV. A maior preocupação do município era em relação à mortalidade infantil pós-neonatal que havia apresentado um acréscimo considerável em 2008; a taxa manteve oscilações no ano de 2010 com 2,72 e com resultado de 2,98/1.000 NV em 2011.

Quadro 15 - Taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos – 2008/2012 – Cascavel – PR

	2008	2009	2010	2011	2012
Óbitos infantis (número absoluto)	55	55	46	47	40
Taxa de mortalidade Infantil	13,19	13,37	10,44	10,48	9,00
Taxa de mortalidade perinatal (22ª semana de gestação até o 7º dia de vida)	14,30	15,06	13,84	8,95	9,89

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS

No RAG-2013 de Cascavel-PR, ao avaliar os indicadores de pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2013, a gestão aponta um resultado atingido de 11,85/1.000 NV, justificando a elevação do valor resultante em relação ao aumento de malformações congênitas e às dificuldades no desenvolvimento das práticas assistenciais durante o período de restrição ligada à lei de responsabilidade fiscal. O que não diz muita coisa. Neste relatório, não há registro da mortalidade neonatal precoce ou tardia e nem da mortalidade infantil pós-neonatal.

No ano de 2010, em João Pessoa, uma das prioridades dos indicadores de saúde foi a redução da mortalidade materna dentro do pacto pela vida. Como resultado, a taxa de mortalidade materna foi de 34,8 /1.000 NV e a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados teve uma taxa de 52,2^(251,346). Em 2011, o CMM atingiu 34,4/1.000 NV e a meta de investigação foi de 80%. Em 2012, o resultado foi de quatro óbitos maternos em número absoluto, 35,4/1000 NV e 78,49% da proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil investigados. Já em 2013, o resultado em número absoluto obtido foi

de onze óbitos maternos e a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados de 81,78%. No DS-III entre 2010 a 2012, ocorreu as taxas de 57,5; 60,1 e 59,0 respectivamente.

Em Cascavel, o ano de 2010 manteve o declínio da taxa de MM com dois óbitos e um coeficiente de 45,39/1000 NV. A proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados foi de 100%, tanto em 2010 como em 2011. Em ambos os municípios as avaliações dos cuidadores refletem no resultado do atributo *integralidade*.

A mortalidade materna é um indicador robusto do grau de desenvolvimento humano, econômico e social⁽³⁴⁷⁾. Demonstrar o valor exato da taxa de morte materna nos municípios é importante, porém mais ainda é constatar que nos últimos tempos aconteceu uma desaceleração do ritmo de redução da mortalidade materna no Brasil, sendo essencial acelerar e fortalecer os sistemas de saúde para a oferta de serviços integrados, contínuos e de qualidade durante e após a gestação⁽³⁴⁸⁾. Em linhas gerais essa avaliação da MM brasileira aponta para fragilidade dos atributos *integralidade*, *longitudinalidade* e *coordenação do cuidado*.

Atualmente no Brasil, a maioria das mulheres passam por uma ou pelo menos quatro consultas de pré-natal antes do parto. Mas a qualidade da atenção está na essência do problema da mortalidade materna no Brasil. Agravados por mortes maternas associadas a causas obstétricas diretas e evitáveis por problemas de hipertensão e hemorrágicos, e a persistência da sífilis congênita. Nas complicações da gestação é significativa a demora na assistência, seja na detecção precoce das complicações, no uso de intervenções apropriadas ou no processo de coordenação entre as unidades do sistema de saúde⁽³⁴⁸⁾.

Em relação ao indicador *Imunização* no Município de João Pessoa, também não consta nenhuma informação no PMS 2010-2013. No RAG 2011⁽²³¹⁾ consta no item aleitamento materno a proporção de crianças vacinadas no período de 2010 e 2011(até outubro), com o DS-III atingindo a meta de 89,2, inferior a do município que atingiu 91,3%. Em 2011, o DS-II atingiu 89,3% e o município 90,2 %. Estes dados referem-se à proporção de crianças de 0 a menor de 01 ano com vacina em dia, nas áreas cobertas pela ESF e município. Em 2012⁽²²⁹⁾ a cobertura vacinal em crianças menores de um ano, em áreas cobertas pela USF do DS-III atingiu a proporção de 88,9% e o município, 91,7%. A redução da proporção das crianças vacinadas levou à apresentação de propostas de acompanhamento das ações de educação em saúde, no sentido de promoção e prevenção da saúde e capacitações dos trabalhadores para avaliação e monitoramento das crianças.

Não foi obtido acesso ao RAG 2013 DS-III.No entanto, via SARGSUS consegue-se cópia do RGA 2013 do município que se encontra no sistema. A meta prevista foi de 95% das

crianças e adolescentes apresentem esquema básico completo, e a meta atingida de cobertura vacinal no período de janeiro a novembro/2013 de crianças menores de um ano apresentou: BCG (166,92%); hepatite B (85,15%); pólio (81,33%); meningoc (88,07%); rotavírus (80,19%); pneumo-10 valente (79,64%). A cobertura vacinal de crianças com 12 meses foi exposta com a tríplice viral (120,06%).

Por fim, as doenças prevalentes da infância em João Pessoa foram relatadas nos relatórios do DS-III 2011 e 2012; um quadro de doenças diarreicas e infecção respiratória aguda, anteriormente interligadas à mortalidade infantil, apresentando um quadro de prevalência no território do DS-III nas áreas cobertas pela USF- DSIII entre o período de 2007- 2011 referente a crianças menores de dois anos. Houve uma queda do número de casos desde 2007 de 90 casos na população de crianças da área correspondendo a 2,69% da população, para 70 casos proporcionais a 1,57% da população anual de 2011⁽²³¹⁾.

No entanto, em 2012, ocorreu o aumento da prevalência para 2,29% na mesma área. Em relação à prevalência da diarreia em menores de um ano, o RGA 2012 forneceu a informação que a prevalência de casos no seu território em 2012 era de 1,59% e que a mesma contribuía para uma grande incidência em relação ao total do município que atingiu 2,29. A diarreia é uma doença prevalente na infância e a causa de casos de desidratação e desnutrição infantil e conseqüentemente de importantes demandas para a rede de serviços de saúde. Diante disso, o próprio relatório manifestou a necessidade de aumento de atividades /ação junto às USF como estratégia para a prevenção das doenças diarreicas⁽²²⁹⁾.

Em Cascavel, não há registro em 2010 e 2011 nos relatórios referentes à cobertura vacinal e sim às metas relacionadas à prevenção e controle das doenças imunopreveníveis com o apoio estrutural da gestão em saúde, segundo aos quais algumas foram realizadas e outras parcialmente ou não realizadas. Em 2012, apresenta a meta de 100% de cobertura vacinal nas UBS e USF do município. No RAG 2013, encontra-se como meta cumprida: assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico de vacinação e às metas determinadas pelo Ministério da Saúde para as campanhas. A proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas alcançadas foi de 88,88%⁽²³⁷⁾.

As infecções respiratórias agudas (IRA) também se configuram como doenças prevalentes da infância em caráter mundial. No RAG apresenta-se o quadro do DS-III em menores de 2 anos de idade com um aumento significativo em 2011 (4,39%) referente a 196 casos de IRA, após uma redução em 2010 que atingiu 2,82% com 118 casos. No entanto, se comparados os percentuais de 2007 com 6,91%, 2008 com 5,61% e 2009 com 5,53%, o

território é uma área de prevalência importante de casos de IRA em crianças menores de 2 anos. O relatório apresentou preocupação, com ações como monitoramento de fatores de risco para o agravo, abordagem dos casos na visita domiciliar e análise dos dados quanto a sua fidedignidade⁽²³¹⁾.

O resultado de 2012⁽²²⁹⁾, foi a manutenção da prevalência de 4,31% e um estudo dos números de casos nos períodos de chuva do município correspondente a abril e julho, o que não justificou epidemiológica a causalidade.

Registra-se ainda nos dois relatórios da área de João Pessoa (2011-2012), o acompanhamento do aleitamento materno com indicação da manutenção exclusiva até seis meses de vida. Porém, os dados referem-se a exclusividade até o quatro mês de vida. Os resultados para estes dois anos foram 74,16% no ano de 2011, e 72,16% em 2012 no território coberto pela USF no DS-III. Ao avaliar os anos anteriores a proporção de crianças amamentadas apresenta uma variação anual, oscilando entre 75% em 2010 e 73,09% em 2009⁽²³¹⁾.

No RAG 2013 de João Pessoa referente ao AM são apresentadas apenas metas que foram cumpridas, não sendo registrada nenhuma avaliação estatística.

Em Cascavel, a morbidade infantil não foi referida nos relatórios de 2010 e 2011, 2012. Em 2013, ao analisar a morbidade em crianças menores de um ano do município, aparecem as afecções perinatais correspondendo a 43% do total de hospitalizações, seguidas pelas doenças respiratórias com 25%. Nas ações realizadas, cita-se o controle das doenças diarreicas, parasitárias e infecciosas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos de idade; em relação às ações para o controle das IRAS, cita a realização das orientações em todos os centros de educação infantil com os pais sobre infecções respiratórias, doenças diarreicas, parasitoses, condições mínimas de higiene e cuidados com as crianças. Destaca-se a ação de incentivo ao aleitamento materno em 100% das UBS e USF⁽²³⁷⁾.

Em ambos os serviços de saúde dos municípios ocorrem correlações com o serviços disponíveis e prestados nas unidades de saúde relacionados aos resultados do atributo *integralidade*.

É consenso o entendimento que qualquer intervenção de saúde, de maior ou menor grau na política de saúde ou de organização de serviços de saúde, tem um efeito geral no sistema de saúde e, quanto mais efetivas forem as relações entre os componentes básicos do sistema, mais fortalecido estará o sistema de saúde. Os componentes básicos dos serviços de saúde são a infraestrutura, os recursos humanos, a informação de saúde, os suprimentos e tecnologias de saúde, as finanças e a liderança/governança de saúde⁽³⁴⁸⁾.

Para a avaliação da efetividade de um sistema de saúde, é necessário estabelecer os escores essenciais e a existência da associação com os resultados obtidos pela atenção à saúde da criança no município. Percebe-se que os municípios obtiveram resultados na atenção à saúde em relação a desfechos positivos no período do estudo com relação aos seus indicadores de saúde, e, em outros momentos os resultados não surtiram impacto na saúde infantil e precisam ser revistos para uma mudança de ação/estratégias com mais ou menos ênfase em alguns aspectos.

Na correlação dos resultados dos atributos da APS com os indicadores de saúde, considera-se que em cada modelo de atenção, USF ou UBS, após serem medidos os escores dos atributos estrutural e processual e com esses resultados apresentaram pontos de reafirmação ou reformulação para estabelecer, perante a abordagem da APS adotada, uma orientação das fragilidades e potencialidades assentadas na perspectiva do cuidador para a transformação do seu sistema de saúde e, ao mesmo tempo, as orientações poderão contribuir para o alcance de metas dos indicadores de saúde dos SS dos grupos estudados, incluindo também na contribuição da obtenção dos objetivos do desenvolvimento do milênio (ODM) acordadas pelo Brasil e suas unidades federadas. A avaliação dessa correlação estudada, precisa ser um processo contínuo para o aperfeiçoamento do planejamento em saúde. Logo, independente do modelo de saúde, esta avaliação não buscou saber qual é o melhor modelo, mas o que é necessário ao modelo adotado entender, perante a avaliação da efetividade, para alcançar êxito no propósito de ter sua concepção de APS efetiva na saúde infantil.

A SMS de João Pessoa, adota a APS como concepção de sistema de saúde, e para isso, o modelo de atenção é a Estratégia Saúde da Família, que teve no atributo *longitudinalidade, acesso aos serviços e coordenação do cuidado* uma avaliação em geral positiva, com pontos fortes, representados nos escores essenciais medidos, mas não aponta para o atributo *integralidade das ações e do sistema* como ponto positivo. Ao contrário, foi o atributo pior avaliado pelos cuidadores. Nos atributos derivados, apesar de ter tido uma diferença significativa em comparação com o outro município, não foi avaliado com orientação à família e à comunidade, como era esperado pelo modelo de atenção assumido. Entretanto, os dados apresentados mostram uma trilha já presente a ser reafirmada no contexto de suas ações em saúde. Nos indicadores de saúde, a situação das crianças também não aponta para resultados positivos, como a mortalidade infantil que com alterações anuais de coeficientes tem mantido a taxa de MI classificada como baixa pela OMS⁽³³⁹⁾.

A *mortalidade materna* apesar de não ter a taxa como baixa, tem conseguido em 100% investigação de óbitos maternos. Em relação ao estado de saúde do RN ao nascer ainda repercute o número de partos cesarianos, mas o acompanhamento pré-natal tem sido positivo em relação ao aumento do número de consultas. Entretanto, o percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram menos de 7 consultas pré-natal no ano de 2012, apresentou um número de 3.738 nascidos vivos num total de 11.214, obtendo uma avaliação de pré-natal insuficiente⁽³⁴⁹⁾, e a qualidade das consultas têm sido questionadas quanto ao seu processo, identificando baixa adesão aos requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (39,9%), baixo percentual de serviços com atividades de educação em saúde (45,5%) e avaliação interna (47,7%). Os resultados da atenção denotam altos percentuais de gestantes com intercorrências clínicas (60,9%), uma inadequada situação nutricional (56,3% sobrepeso e obesidade), além de baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo ($58,05 \pm 34,19$ dias)⁽³⁵⁰⁾.

O estado da criança ao nascer, tem tido uma melhora em relação ao baixo peso. Na cobertura vacinal tem atingido um percentual positivo relacionado ao esquema básico de vacinação da criança, mas ainda necessita de uma ação estratégica para casos de morbimortalidade infantil por causas sensíveis a APS, principalmente por pneumonia. Em Estudo realizado em São Paulo de casos de crianças hospitalizadas por pneumonia, autores averiguaram que as mães pouco reconheciam alguns atributos da APS como a disponibilidade de serviços, a oferta de ações em saúde com a família dentro de seu contexto de vida, ou seja, a integralidade e a orientação familiar, mesmo sendo fortes em outros com a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Os atributos não reconhecidos pelas mães no estudo citado, corroboram a situação encontrada em João Pessoa em relação aos escores essenciais e derivados⁽³⁵¹⁾.

Correlacionando as avaliações (desempenho e resultados do estado de saúde infantil) dos serviços de saúde de João Pessoa é possível inferir que o valor do Escore essencial (6,6) apresentado como uma avaliação de desempenho satisfatória, representa a efetividade das unidades de saúde da família de João Pessoa-PB.

Em linhas gerais, para responder às características da escolha do seu modelo de atenção, João Pessoa ainda tem práticas engessadas no modelo hegemônico de visão biologicista e a USF ainda não consegue a integralidade das ações na rede de atenção à saúde, servindo como porta de entrada para o serviço e não para a rede de atenção à saúde.

A SMS de Cascavel, adotando uma posição de APS como organização do sistema de saúde, e afirmando ter nas UBS a sua atenção primária em Saúde, obteve na avaliação de desempenho através dos escores essenciais *acesso e coordenação* resultados satisfatórios e na *integralidade* uma avaliação com diferença estatisticamente significativa para os serviços de saúde do outro grupo estudado, e um desempenho insatisfatório no atributo *longitudinalidade*. Em linhas gerais, a avaliação de desempenho satisfatória dos serviços de saúde foi bastante expressiva em relação ao outro grupo, mostrando que Cascavel se encontra orientado à APS em proporção positiva. Na avaliação dos indicadores de saúde, em relação à mortalidade infantil também teve entre aumentos e baixas de coeficientes, a taxa de MI classificada como baixa pela OMS⁽³⁴¹⁾. A mortalidade materna mantém-se em declínio, a imunização com índices desejáveis de metas. A morbidade, embora não apresente uma avaliação nos relatórios de Gestão em 2013, é citada em afecções perinatais e também em doenças sensíveis à APS.

Correlacionando os resultados do desempenho dos serviços de saúde através dos escores essenciais obtidos com os resultados apresentados do estado de saúde infantil através dos indicadores de saúde, corrobora-se o entendimento anterior, que o desempenho satisfatório representa a avaliação da efetividade dos resultados da saúde da criança representada pelo município nas UBS.

Em linhas gerais, na análise documental realizada, é possível deduzir que a SMS de Cascavel-PR não adota um modelo de atenção de unidade básica de saúde tradicional, mas um modelo construído com a hegemonia de modelos em diferentes expectativas da ESF. Suas características refletem parte do modelo Semachko pela tríade de especialidades médicas, com o modelo tradicional⁽¹⁷⁾, pela presença de profissionais generalistas como os enfermeiros, o que pode ser vinculado a ter no seu território os dois tipos de modelos de atenção, como visto anteriormente, e uma proposta de expansão da USF na sua rede de atenção à saúde.

Portanto, avaliar a efetividade da atenção é de importância vital para as ações em saúde. Correlacionar os resultados dos atributos da APS com os indicadores de saúde obtidos no período estudado possibilita a avaliação de como a porta de entrada deste sistema cumpre o seu papel na rede de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propôs, como objetivo geral: avaliar a efetividade da estrutura e processo dos serviços de saúde da atenção primária em saúde da criança, em diferentes contextos de modelos de atenção em municípios brasileiros. Para isso, elaborou objetivos específicos que deram forma e direcionamento aos resultados e discussão da perspectiva do cuidador da criança. Sendo o cuidador o respondente, direcionou-se primeiramente o foco para o perfil sócio demográfico das famílias das crianças atendidas nos serviços de saúde, a descrição dos sistemas locais de saúde e da atenção primária em saúde. Foram então, avaliadas duas realidades diferentes; dois sistemas de saúde diferentes em duas regiões brasileiras distintas, o Nordeste e o Sul. Nestes sistemas o foco foi a APS, os atributos essenciais e derivados para analisar se havia ou não uma orientação dos serviços à APS e após, a correlação com os indicadores de saúde relacionados ao estado de saúde infantil do sistema de saúde locais, assim avaliar a efetividade da atenção à saúde da criança.

Os dois serviços de saúde da APS dos municípios estudados apresentam-se com modelos de atenção distintos: a USF em João Pessoa-PB e a UBS tradicional em Cascavel-PR. Ao longo do processo, as diferenças e semelhanças ficaram mais visíveis e, ao final da avaliação em saúde pode-se afirmar que os dois serviços de saúde em relação à saúde infantil tiveram como resultado uma orientação à APS nos atributos essenciais e, no escore geral da APS, não estão orientados aos atributos da APS. Este resultado de avaliação da orientação à APS através do instrumento PCATool Brasil versão criança permitiu identificar as fragilidades e potencialidades dos dois modelos de atenção básica em saúde, enquanto porta de entrada da rede de atenção em saúde, na perspectiva do cuidador da criança.

A correlação dos resultados quanto a orientação aos atributos da APS aos resultados do estado de saúde infantil, através de indicadores de saúde explanados nos planos e relatórios da gestão de saúde possibilitou uma relação entre a perspectiva do cuidador e a perspectiva dos resultados da gestão em saúde. Observa-se que os resultados dos indicadores de saúde, quando comparados, sinalizam para as lacunas, através de fragilidades dos atributos no sistema de saúde, que foram observadas na perspectiva do cuidador.

Em linhas gerais, a integralidade das ações é ainda frágil nos dois serviços de saúde dos grupos estudados com uma diferença estatisticamente significativa em relação as UBS de Cascavel.

As ações e metas da SMS de Cascavel demonstram estar mais voltadas para uma visão ainda com raízes biologicista, mas suas unidades básicas de saúde tradicionais têm acoplado

os mesmos programas, ações e estratégias das políticas governamentais direcionadas para a ESF, enquanto APS. As mudanças na sua organização, enquanto município que vem implementando os dois modelos, primeiro as USFs na zona rural e posteriormente, também na zona urbana corrobora a observação que suas unidades básicas de saúde já não são, na sua organização de saúde, tão tradicionais.

As ESF da SMS de João Pessoa têm como base de ação um modelo de atenção que apresenta as condições para que essa realidade seja transformada, mas ainda é necessário caminhar com passos largos para que a avaliação da efetividade em saúde da criança tenha melhores resultados, na sua proposta de consolidação do sistema único de saúde.

Em relação ao instrumento utilizado na pesquisa, ele responde à obtenção da orientação à APS na perspectiva do cuidador, mas sentiu-se a necessidade de novas pesquisas que busquem cruzar as informações dos integrantes do processo de construção do cuidar na APS, ou seja, além do cuidador da criança, os profissionais de saúde e a gestão do sistema de saúde, no intuito de ampliar o processo de avaliação da efetividade do sistema com relação aos óbices encontrados e à congruência entre as diferentes perspectivas.

Trazer a gestão enquanto análise de documentos, que são oficialmente o seu plano de saúde e relatório de gestão e as suas posições perante o sistema de saúde, foi interessante apesar do desafio e da fragilidade encontrada, mas ficou de fora qualquer posição do profissional de saúde, executor das ações, o que pode ser uma fragilidade do estudo para a avaliação de um sistema de saúde.

A saúde da criança não é só um indicador de saúde ou um dos itens para o desenvolvimento humano de um município. Incorporado às políticas de saúde infantil as ações continuam a ser fragmentadas e pontuadas nas 05 ações básicas do PAISC; uma política ultrapassada na sua essência e avaliada como não representante das linhas de cuidado e necessidades da criança no novo olhar da atenção integral em saúde a partir do SUS, reforçado pelo Pacto em Saúde.

O olhar sobre o sujeito e as suas singularidades, o olhar da criança no contexto da sua família e o espaço comunitário ainda não consegue ser apreendida na maioria dos sistemas de saúde municipais. Em parte, as políticas de saúde em relação à criança ainda não conseguiram fazer parte da inserção de uma política geral ao longo de sua historicidade. Ao avaliar o próprio instrumento do PCATool, suas ações são focadas, direcionadas para o desenvolvimento do potencial genético. Desde 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança é um documento de papel que não conseguiu ser seguido como norteador das políticas de saúde na maioria dos setores e as pessoas não conhecem seus

pressupostos, um tem um desconhecimento importante por quem pratica a ação, a equipe de saúde, seja qual for seu modelo de atenção primário.

Outros documentos têm sido elaborados em prol de uma política nacional da saúde da criança como a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS) e o Pacto Nacional pela alfabetização na idade certa(PNAIC). O teor da EBBS busca romper com a fragmentação e as fragilidades que são observadas na rede de atenção à saúde. O PNAIC, ação do Ministério da Educação mobilizar esforços e recursos, na valorização dos professores e escolas, no apoio pedagógico de qualidade para as crianças e a implementação dos sistemas adequados de avaliação, gestão e monitoramento. No entanto, esses documentos poderão ser, mais uma vez, documentos direcionados a um “cidadão de papel” se a avaliação da efetividade das ações, não for uma realidade cotidiana e incorporada como base para atender às necessidades da criança e sua família, principalmente no contexto da saúde infantil.

Sabe-se que uma proposta de política nacional de saúde vem sendo citada como em construção para este propósito. Espera-se que em seu teor já venha embutido o pensar no contexto da realidade da criança no seu território, moradia, e no ser criança, conforme foi promulgado no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ainda existem muitas lacunas em relação às publicações disponíveis dos atributos relacionados à saúde infantil e seus contextos. Principalmente com referência aos atributos derivados, faz-se necessários novos estudos para fomentar a discussão e contribuir com a consolidação da APS, enquanto organizador do sistema de saúde ou ainda, para uma concepção de sistema de saúde na consolidação do SUS brasileiro.

Por fim, reforça-se a importância da avaliação da efetividade no cotidiano dos serviços de saúde, na perspectiva dos integrantes do processo de cuidar na APS, para que a avaliação efetive o seu papel na construção da resolutividade do cuidado na atenção em saúde para que assim, possa ser utilizada como medida de redução das iniquidades e no fortalecimento da AP

REFERÊNCIAS

- 1.Toso BRGO. Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança[projeto de pesquisa]. Cascavel; UNIOESTE, 2011.
- 2.Viera CS e Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. Texto Contexto Enfermag. 2009; 18(1): 74-82.
- 3.Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO (BR); Ministério da Saúde; 2002.
- 4.Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 5.Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988 [internet]. Brasília : Senado Federal. Secretária Especial de Informática, 05 de Out de 1988. Diário oficial da República Federativa do Brasil.
- 6.Contrandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciên. Saúde Colet. 2006; 11(3):705-11.
- 7.Contandriopoulos AP, François-Champagne JLD, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA Organizador. Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-48.
- 8.Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de atenção primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil [monografia][internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2003. [acesso em 2014 abr 06]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-76RHW7>.
- 9.Pereira PAP. Política Social: temas e questões. São Paulo: Cortez; 2008.
- 10.Foucault M . La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Verve. 2010; 18:152-69.
- 11.Cardoso FLL. A influência do Relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942-1950). Revista Todavia. 2010; 1(1): 39-53.
- 12.Hobsbawn E. Era dos Extremos:o breve século XX 1914-1991. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
- 13.UNICEF (BR). Cuidados Primários em Saúde. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a infância no Brasil; 1979.
- 14.World Health Organization e Nations Children's Fund Ukted. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Final Report. Geneva: World Health Organization; 1978.

- 15.CONASS (BR). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
- 16.Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS:construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
17. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia Saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- 18.Matta GC, Morosini MG. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. In:Lima JCL, Pereira IBL. Atenção Primária à Saúde. 2 ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 44-50.
- 19.Organização Pan–Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de Posicionamento. Washington: Organização Pan–Americana de Saúde; 2007.
- 20.Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários.Agora Mais do que Nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2008.
- 21.Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- 22.Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(Sup1): S7-S27.
- 23.CONASS. A atenção Básica que queremos. Brasília: CONASEMS; 2011.
- 24.Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. Cienc. Saúde Colet. 2011; 16(11): 4415-423. Disponível em:<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>
- 25.Novaes, HDM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Públ. 2000; 34(5): 547-59. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp
- 26.Novaes HMD. Da produção à avaliação de tecnologia dos sistemas de saúde:desafios do século XXI. Rev Saúde Pública. 2006; 40(N Esp):133-40.
- 27.Ministério da Saúde (BR), Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica, Coordenação de Acompanhamento da Avaliação. Avaliação na atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 28.Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família em la região sur de Porto Alegre, Brasil. [Tese de Doutorado].[Internet].Alicante: Departamento de Salud Publica. Universidad de Alicante; 2004.[acesso em 2012 ago 12]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/84/77>

29. Van Stralen C, Belisario SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2008; 24(Sup 1): 148-58.
30. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede de saúde do município de Curitiba, no ano de 2008. [Dissertação de Mestrado] [Internet] Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2009. [acesso em 2014 mar 13]. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>
31. Ministério da Saúde (BR), Secretária da Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
32. 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.
33. Mendonça CS. Sistema único de saúde: um sistema de saúde orientado pela Atenção primária. In: Organização Pan-Americana de Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS; 2011. p. 25-37.
34. Novaczyk AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10(4):1124-37. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>
35. Oliveira AKP, Borges DF. Programa Saúde da Família: uma avaliação da efetividade com base na percepção dos usuários. *Rev Adm Pub.* 2008; 42(2): 369-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122008000200008&script=sci_arttext
36. Machado MMT, Sales LAS, 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. *Ciê. Saúde Colet.* 2012; 17(11): 3125-133. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a27.pdf>
37. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11(3): 323-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>
38. 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). *Ciê. Saúde Colet.* 2011; 16(7): 3229-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/22.pdf>
39. Oliveira, VBCA. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo- Paraná.[dissertação] [Internet]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. [acesso em: 2014 abr 14]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2013/05/estudo.pdf>
40. Meneghel SN, Gigante LP, Béria JU. Caderno de exercícios de epidemiologia. Canoas: ULBRA; 2006.

41. Harzheim E, Duncam BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, Oliveira MMC, Pinto MEB. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2006; 156(6). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/156>.
42. Stevens G, Shi L. Disparidades raciais e étnicas nas experiências de cuidados primários de crianças: uma revisão da literatura. *Med Care Research and Review*. Mar 2003; 60(1): 3-30.
43. Donabedian A. Evaluation the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4): 691-729. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/abstract>
44. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc. São Paulo* [serial on the internet]. 2008; 17(2): 107-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>
45. Costa R, Padilha MI, Monticelli M, Ramos FR S, Borenstein MS. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: Reflexos para a Assistência Neonatal. *HERE*. 1(1): 55-68. http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf
46. Ross E. *Social Control: A survey of the foundations of order*. s.l. : The Macmillan Company, 1901. Disponível em: <http://www.archive.org/stream/socialcontrolas00rossgoog#page/n4/mode/2up>. [Last reprint 2009 by Transaction Publishers (<http://www.transactionpub.com/title/-978-1-4128-1028-9.html>); with a new introduction by Matthias Gross]
47. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1998.
48. Dawson B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines*, 1920. Washington: OPS; 1964.
49. Donaldson M, Yordy K, Lohr K, Vancelow N. *Primary Care: America's Health in a New Era*. [ed.] Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 1996.
50. Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: Baptista TWF, Mattos RA. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP; 2011. p. 181-199.
51. Campos CEA. A organização dos serviços de Atenção Primária á saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam e Com*. 2006; 6(2):131-47.
52. Larocca LM. Higienizar, cuidar e civilizar: O discurso médico para a escola Paranaense (1886-1947). [tese] [Internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009. [acesso em 2014 nov 08]. Disponível em: http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/tese_liliana.pdf

53. Medeiros HRF. O passado e o presente da puericultura através da história do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira. In: ANPUH- Anais do XXVI Simpósio Nacional de História; 2011; São Paulo. São Paulo: PPMG, 2011. p.1-15.
54. Bonilha LRCM, Rivorêdo CRSF. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81(1): 7-13.
55. Nastari M. Políticas Públicas de atenção à infância e adolescência no Brasil: Uma breve abordagem sobre origens, diagnóstico e perspectivas. In: Albuquerque MC. Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis; 2006. p.65-84.
56. Hochman G. Regulando os efeitos a interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos*. 1993; 6(11): 40-61.
57. Rosen, G. Uma história da Saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1994.
58. Mello GA, Viana ALA. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *Hist. Ciênc. Saúde-Mang*. 2011; 18(4): 1131-149. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000400010
59. Parada MBA, Medeiros HRF. Puericultura e políticas públicas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945). In: XIV Encontro Regional do ANPUH-Rio. Memória e Patrimônio, 2010, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2010. p. 1-11. Disponível em: http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276659996_ARQUIVO_ANPUHRJPuericulturaepoliticaspUBLICASdeassistenciaamaternidadeeainfancia_1930-1945.
60. Almeida Filho AJ, Porto FR e Lourenço LHSC. Fac-símile. Apresentação. Documento original. Conferência Nacional de Proteção à Infância: fins e organização de associações de proteção higiênica à infância. *Esc. Anna Nery R Enferm*. 2007; 11(3): 403-408. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/tematica.pdf>
61. Hochman G e Fonseca CMO. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: Pandolfi D. Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1999. p. 73-94.
62. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). 100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2004.
63. Santos RCK, Resegue R, Puccini RF. Puericultura e a atenção à saúde da criança: Aspectos históricos e desafios. *Journal of Human Growth and Development*. 2012; 22(2):160-65.
64. Ministério da Educação e Saúde (BR). Primeira Conferência Nacional de Saúde - Folheto nº 5. Rio de Janeiro: Serviço de documentação; 1941.
65. Brasil. Decreto-Lei nº 2.024 de 17 de Fevereiro de 1940. Coleção de Leis do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1940. 1. p. 98. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>.

- 66.Campos ALV. Políticas Internacionais de Saúde na era Vargas: O serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006b.
- 67.Bonilha, LRCM. Puericultura: olhares e discursos do tempo. Campinas: s.n., 2004.
- 68.Santos MR, Pierantoni CR e Silva LL. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos no Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010; 4(20): 1165-1181. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a06v20n4>.
- 69.Renovato RD, Bagnato MHS. Educação Sanitária e o Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960): a doença não conhece fronteiras. HERE. 2011; 2(2): 105-125. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol2num2artigo8.pdf>.
- 70.Bastos NCB. SESP/FSESP: evolução histórica, 1942-1991. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 1996.
- 71.Fausto, MCR. Atenção primária em saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
- 72.Porto LA. Efetividade relativa da fundação SESP na redução da mortalidade de crianças. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2000; 24(1/2): 7-22.
- 73.Andrade, LOM, Barreto, ICHC e Bezerra, RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). O SUS e a Terapia Comunitária. Fortaleza: Ministério da Saúde; 2009.
- 74.Donaldson M, Yordy K, Vanselow N, Committee on the Future of Primary Care, Division of Health Care services, National Research Council. Defining primary care: An interim report. [ed.]. Washington: National Academy Press; 1994. Disponível em: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9153
- 75.Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health. The Milbank Quarterly. 2005; 83(3): 457–502.
- 76.World Organization of Family Doctors. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a: A Statement from WONCA. 1991.
- 77.Malta DC, Santos FP. O Programa Saúde da família e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária Brasileira. Rev.Med. M.Gerais. 2003; 4(13): 251-259.
- 78.Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Millenium., s/d. 25. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm
- 79.Lalonde M. A new perspective on health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of National Health and welfare; 1974.
- 80.Ministério da Saúde (BR). As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

81. Richmond J. Health People: the surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington: Department of health, education and welfare; 1979.
82. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5).
83. Paim, JS. Medicina Comunitária. Introdução a uma análise crítica. Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 1976;1(4).
84. Marsiglia RMG. Comentário: Curso de Saúde Pública em um semestre. Rev Saúde Pública. 2006; 40(5): 778-9.
85. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
86. Henriques LMG. Política(s) de Saúde no Trabalho: um Inquérito Sociológico às Empresas Portuguesas. [Tese] [Internet]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2004. [acesso em: 2014 mar 03] Disponível em: <http://run.unl.pt/handle/10362/2783>.
87. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53. Disponível em: http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf.
88. Carmo M. Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde-estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG -1996 a 2004. Belo horizonte: s.n
89. Borba J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. Katálysis. 1998; 3. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5644/5093>.
90. Rodrigues Neto E. Reforma sanitária e sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde (BR), Núcleo de Estudos em Saúde Pública-NESP, UNB. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. p. 7-17.
91. CEBES Campinas. Atenção primária à Saúde. Saúde em Debate, 1980; 9: p. 14-20.
92. UNICEF. Situação da Infância Brasileira 2006. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); 2005. p. 40-51. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_040_051_Desnutricao.pdf.
93. IBGE, Departamento da População e Indicadores Sociais. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
94. CEBES-BA. A Saúde no Brasil, hoje. Saúde em Debate. 1977; 4: p. 39-47.
95. Merhy E. Democracia e saúde. Saúde em Debate. 1977; 4: p. 7-13.

96. Teixeira MGLC, Paim JS. Os Programas Especiais e o novo modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*. 1990; 6(3): p. 264-277.
97. Aguirre O. La alianza para el progreso y la promoción del desarrollo en América Latina. *Afuera*. 2011; 10. Disponível em: <http://www.revistaafuera.com/articulo.php?id=110>.
98. Rocha DC. Carta de ponta del este: as idéias positivistas nas reformas educacionais e no plano de segurança nacional orquestradas na década de 60. In: *Anais do 2º Seminário Nacional Estado e políticas sociais no Brasil, 2005*, Cascavel. Cascavel: UNIOESTE, 2005. p.1-12. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/educacao/medu01.pdf>.
99. Ministério da Saúde (BR). *Anais da V Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1975.
100. Zanolli ML, Merhy EE. A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(4): 977-987. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n4/5304.pdf>.
101. Mendes RT. Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde. [Tese] [Internet]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1996. [acesso em 2014 ago 05] Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000115772>.
102. Frias PG, Szwarcwald CL, Lira PIC. Estimacão da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2011; 11(4): 463-470.
103. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Brasília: Casa Civil, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D78231.htm
104. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. online: Editora Fiocruz; 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.
105. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 3(10): 651-657.
106. Finkelman J. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
107. Ministério da Saúde (BR). VI Conferência Nacional de Saúde: Tema VI Políticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1977.
108. Santos HG, et al. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de saúde. *Pediatrics*. 2010;32(2):131-43.
109. Vecina Neto G, Cutait R, Terra, V. Notas explicativas. *Saúde e Cidadania*. [Internet] s/d. [acesso em 2014 abr 20]: 1-4. Disponível em : http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.htm.

- 110.CEBES. A questão da democracia em saúde. Revista Saúde em debate. 1980; 09(A).
- 111.CEBES. Editorial. Saúde em debate, 1980; 09.
- 112.Ministério da Saúde (BR). Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1980.
- 113.Pereira IB e Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. 978-85-987-36-6.
- 114.Ministério da Saúde (BR), Centro de documentação. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
- 115.Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. [ed.] [Online]. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(6): Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
- 116.Costa MCN, Silva LMV, Mota ELA, Paim JS, Teixeira MG Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Rev Saúde Pública. 2003; 37(6): 699-706. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.
- 117.Monteiro CA, Iunes RF, Torres AM. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: Monteiro CA . Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP; 2000. p. 349-56.
- 118.Monteiro CA, Mondini L, Costa RBL. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: Causas e impacto sobre desigualdades regionais. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil:a evoluçã do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP; 2000. p. 393-420.
- 119.Paim JS, Costa MCN. Decréscimo e desigualdades da mortalidade infantil: Salvador 1980-1988. Bol of sanit. Panam. 1993; 114(5): 415-28. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v114n5p415.pdf>.
- 120.Vidal SA, Frias PG, Marques NM. Avaliação normativa das ações do Programa de Atenção Integral à saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco. Rev. bras. saúde matern. infant., 2001; 2(1): 129-135.
- 121.Figueiredo GLA, Mello DF. A Prática de Enfermagem na atenção á saúde da criança em unidade básica de saúde. Rev. Latino-am Enfermagem. 2003; 11(4): 544-51.Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaen.
- 122.Marques AM. A criança Brasileira no SUDS. Jornal de Pediatria. 1989; 65(7): 264-272.
- 123.Tyrell MAR, Carvalho V. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil- Impacto Político Social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem; 1993.
- 124.Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 2297-305.

- 125.Marques DL. Educação em saúde na atenção básica: concepção dos profissionais médicos do programa médio de família de Niteroi. Rio de Janeiro: s.n.; 2006.
- 126.IV Encontro Municipal do Setor Saúde, III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Carta de Montes Claros. Muda Saúde. In: Anais do IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 1985, Montes Claros. Montes Claros:1985. p. 1-3.
- 127.Ministério da Saúde(BR). 8ª conferência Nacional de Saúde- relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
- 128.Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Carta de Ottawa. In: Documento da Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. 1986, Ottawa. Ottawa:1986. p.1-4.
- 129.CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Porto Alegre: CONASEMS; 1991. Publicações técnicas. nº3.
- 130.Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. Ações de Saúde Materno-infantil a Nível local: Segundo as metas da Cúpula em Favor da Infância. Washington: OPAS; 1997.
- 131.Samico IC. Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no Estado de Pernambuco.[tese] [Internet]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2003. [acesso em 2014 nov 23]. Disponível em <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ens-16253>
- 132.Martins DC. O Estatuto da criança do adolescente e a política de atendimento a partir de uma perspectiva socio-jurídica. Revista de Iniciação Científica da FFC. 2004; 4(1):63-77. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/view/71>.
- 133.Digiácomo MJ. Ministério Público de São Paulo. Site da MPSP. [Online] [acessado em: 08 de Março de 2014] Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_doutrina_drogadicao.
- 134.Sucupira ACSL. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. RAP. 1998; 32 2): 61-78.
- 135.Ministerio da Saúde (BR). Município Saudável - Novo conceito de Gestão revolucionária a vida da comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 136.Primeira reunião de Cúpula das Américas. Declaração de Princípios. In: Primeira Reunião de Cúpula das Américas. 1994; Miami. Miami: s.n.; 1994. Disponível em: Declaração. http://www.summit-americas.org/i_summit/i_summit_dec_pt.pdf.
- 137.Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento - plataforma de Cairo. Cairo: s.n.; 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>
- 138.Ministério da Saúde (BR), CONASS. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011(b).

- 139.Ronzami TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):23-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007.
- 140.Fernandes LCL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;; 43(6): 928-36.
- 141.UNICEF, OPAS, OMS. AIDPC - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Criança para os países da Região das Américas. Bogotá: OPAS/OMS; 1996.
- 142.Governo de Pernambuco, Secretária de Saúde de Pernambuco. Avaliação das ações de atenção integral à saúde da criança(1995): Situação atual-Grau de implantação e de gestão municipal. Cadernos de avaliação. Série Projeto Salva-Vidas. Recife: Secretária de Saúde de Pernambuco; 1996. Vol. 4.
- 143.Ministério da Saúde (BR). AIDPI Atenção Integrada às doenças prevalentes da Infância: Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade. Módulo 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 144.Nascimento EM. Saúde e controle social: Perspectivas de Análise nos anos de 90. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*. São Paulo: s.n.; 2011.
- 145.Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV C, Noronha JC, Carvalho AI (org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.
- 146.Mendes EV. A construção social da atenção primária da saúde. CONASS;2014. [Online] Disponível em: http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3478:camara-tecnica-de-atencao-primaria-a-saude-reune-profissionais-de-atencao-e-vigilancia-em-natal&catid=3:noticias&Itemid=12.
- 147.Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 148.Institute of Medicine (EU). Appendix: Characteristics of Primary Care Described in the First IOM Report (IOM 1978). In: Yordy K, Donalson M, Vanselow N. *Defining Primary Care:An Interim Report*. Washington: National Academy Press; 1994.
- 149.Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção e Estratégias de Saúde, Departamento de Ações Programáticas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 150.Martinelli DP. Negociação, administração e sistemas: três níveis a serem inter-relacionados. *R. Adm*. 2006; 41(4): 353-368. Disponível em: www.rausp.usp.br/download.asp?file=V4104353.pdf.

151. Gerhmann T, Paiva KV, Aquino MW, Boehs AE. O grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6(1):120-125. Disponível em: <http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4984/3232>.
152. Carvalhal LM, Anjos DS, Rozendo CA, Costa LMC. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. *Rev Bras Promoc Saude*. 2013;26(4):530-538. <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/3119/pdf>.
153. Ximenes Neto FRG, Aguiar DT, Martins FR, Silva RCC, Cunha ICK. Práticas de enfermagem da Estratégia Saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré- Ceará. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*. 2011; 11(1): 9-16. <http://www.redalyc.org/pdf/408/40831096011.pdf>.
154. Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ*. 1979; 54(5): 361-9.
155. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
156. Oliveira MMC. Presença e Extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços e atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: UFRGS: Faculdade de Medicina. Programa de pós-graduação em Epidemiologia; 2007. [acesso em: 2013 mar 13] Disponível em: <http://www.ufrgs.br/educatele/producao-cientifica/teses-e-dissertacoes-1/presenca-e-extensao-dos-atributos-da-atencao-primaria-a-saude-entre-os-servicos-de-atencao-primaria-em-porto-alegre>.
157. Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J health care poor underserved*. 1992; 3(2):321-35.
158. Starfield B. Atenção Básica é essencial? *Lancet*. 1994; 344:1129-33.
159. Shi L. Cuidados primários, cuidados especiais e oportunidades de vida. *Jornal Internacional de Serviços de Saúde*. 1994; 24(3): 431-58. DOI:10.2190/BDUJ0JDBVEXN90B.
160. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL. Primary Care and Receipt of Preventive Services. *J Gen Intern Med*. 1996; 11: 269-276.
161. World Health Organization. *The World health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
162. Shi L, Starfield B. The Effect of Primary Care Physician Supply and Income Inequality on Mortality Among Blacks and Whites in US Metropolitan Areas. *Am J Public Health*. 2001; 91(8):1246-250.
163. Politzer RM, Yoon J, Shi L, Hughes RG, Regan J, Gaston MH. Inequality in America: The Contribution of Health Centers in Reducing and Eliminating Disparities in Access to Care. *Med Care Research Review*. 2001; 58(2): 234-248.
164. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60(3): 201-18.

165. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. *S Medical J*. 2003; 96(8):787-89.
166. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*. 2003; 38: 831-65.
167. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Services Research*. 2003; 4(12). doi:10.1186/14726963412.
168. Starfield B. Child and Adolescent Health Status Measures. *The future Children*. 1992; 2(2). Disponível em: <http://www.futureofchildren.org/futureofchildren/index.xml>.
169. Perrin J, Guyer B, Laurence JM. Health Care Services for Children and Adolescents. *The Future Children*. 1992; 2(2). Disponível em: <http://www.futureofchildren.org/futureofchildren/index.xml>.
170. Johansen AS, Starfield B, Harlow J. Analysis of the Concept of Primary Care for Children and Adolescents. A Policy Research Brief. Baltimore: Child and Adolescent Health Policy Center. The Johns Hopkins University; 1994.
171. Szilagyi PG, Schor EL. The Health of Children. *HSR: Health Services Research*. 1998; 33: 1001-39.
172. Szilagyi PG. Managed Care for Children: Effect on Access to Care and Utilization of Health Services. *The future of Children*. 1998. 82(2): 39-59.
173. Bergman DA, Homer CJ. Managed Care and the Quality of Children's Health Services. *The Future Children*. 1998; 82: 60-75.
174. Mangione-Smith R, McGlynn EA. Assessing the Quality of Healthcare Provided to Children. *HSR: Health Services Research*. 1998; 33(4):1059-90.
175. Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA*. 1988; 260(12): 23-30.
176. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer Experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for Managed Care. *J Fam Pract*. 1998; 46: 216-226.
177. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining Quality of Care. *Soc. Sci Med*. 2000; 51(11):1611-25. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5) Campbell.
178. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu, MD, Santor D. As definições operacionais de atributos de cuidados de saúde primários: o consenso entre os especialistas canadenses. *Ann fam Med*. Jul-Ago 2007; 4(5): 336-44.
179. Starfield B. Motherhood and Apple Pie: The effectiveness of medical care for children. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. 1985; 63(3): 523-46.

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

181.Roman AC. Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. [tese] [Internet]. São Paulo: Dep de Patologia da Faculdade de Medicina-USP.; 2009. [acesso em 2015 mai 24]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-28082009-095729/pt-br.php>

182.The Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Johns Hopkins Bloomberg School of public Health. Site da Universidade Johns Hopkins. [Internet] 2014. [acesso em: 2014 Dez 03] Disponível em: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html. http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html.

183.Pereira MJB, Mishima SM, Bava MCC, Santos JS, Matumoto S, Fortuna CM, Santos CB. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. In: Actas CALASS 2011. [Site do Evento]. 2011Set 1-3, Lausiane. Lausiane: s.n.; 2011: Vol. sessão 27. Disponível de: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf.

184.Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde . Reforma organizacional na atenção primária europeia. s.l.: Open University Press; 2006.

185.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 Pública. ago 2006^a; 22(8): 1649-659.

186.Hussey PS, De Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG et al. A systematic review of health care efficiency measures. Health Serv Res. 2009; 44: 784-805. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00942.x>.

187.Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncan BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. Out-Dez 2013; 29(8): 244-55.

188.Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider peceptions of the quality of primary care: implications for managed care. J Fam Pract. 1998; 46: 216-26.

189.Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedembergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics., 2000; 105: 998-1003.

190.Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the adult Primary Care Assessment Tool. J Farm Pract. 2001; 50: 161-75.

- 191.Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med.* 2008; 6: 116-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>
- 192.Rowan MS, Lawson B, Maclean C, Burge F. Upholding the Principles of Primary Care in Preceptors' Practices. *Family Medicine.*, Nov- Dec 2002; 34(10); 744-9.
- 193.Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective (in Spanish). *Aten Primaria.* 2007; 39: 395-401. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1157/13108612>.
- 194.Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- 195.Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim S, Chung SH, Kim J et al. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care.* Apr 2009; 21(2):103-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp007>
- 196.Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC Lo SV et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health.* 2010; 10:397. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-397>.
- 197.Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria en salud. *Rev. Argent Salud Publica.* 2011; 82: 6-14.
- 198.Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global. 1983. p. 133-58.
- 199.Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública.* jul-ago 2005; 21(4):1260-68.
- 200.Balziak RPF, Moura VEV. Determinantes Sociais da Saúde: Um conceito para efetivação do direito à saúde. *R Saúde Públ S Catarina.* Jan/jun 2010; 3(1): 69-79
- 201.Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais.* Jun 2009; 85: 65-82.
- 202.Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública.* 2006; 11: 633-41.
- 203.Ibãñez N, Rocha JSY, Castro PC, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 683-703.

- 204.Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMCO, Harsheim E, Duncam BB. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. Rev Bras Med Fam Com. 2009; 4.
- 205.Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG Monitoramento de resultados, desempenho e satisfação dos usuários da Estratégia de Saúde da Família, um estudo de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Saúde da família: desafios e perspectivas a partir da experiência de Belo Horizonte. acesso em 20 de Jan de 201. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/estudoBh.pdf>.
- 206.Kringos DS, Boerm WGW, Hutchinson A Zee, JVD, Groenewegen PP. A Amplitude da atenção primária: uma revisão sistemática da literatura de suas dimensões centrais. BMC Health Services Research. 2010; 65(10).
- 207.Levesque JF, Haggerty J, Beninuisse G, Burge F, Gass D, Beaulieu MD et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. BMC Family Practice. 2012; 20(13).Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/20>.
- 208.Ohman-Strickland PA, Orzano AJ, Nutting PA, Dickinson WP, Scott-Cawiezell J, Hahn K, et al. Measuring Organizational Attributes of Primary Care Practices: Development of a New Instrument. HSR: Health Services Research. June 2007; 42(3).
- 209.Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Quadro de organizações de atenção primária: a importância de um domínio estrutural. Int J Qual Atenção à Saúde. 2008; 20(5): 308-13.Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533520/?tool=pubmed>).
- 210.Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da família em quatro Grandes Centros urbanos. Relatório final. Florianópolis. Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, Fiocruz, ENSP, 2009.
211. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. D.O.U. . 13 de 12 de 1990. Disponível em: http://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf.
- 212.Cunha JCCB, Santos R, Sakae TM. Relatório de Gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos Sistemas de Saúde? Arquivos Catarinenses de Medicina. 2006; 35(2): 68-71.
- 213.CONASEMS. Sistema Único de Saúde. Publicações Técnicas . [Impresso]. set/out 1991; 3.
214. Gerhardt TD ,Silveira DT. Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Ed UFRGS; 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. ISBN 978-85-386-0071-8.
- 215.Salazar LM. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. Santiago de Cali : Editorial Universidad del Valle. 2011.
- 216.Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Hist Ciênc Soc. 2009;1(1).
217. IBGE cidades@. IBGE. [Online] 2014. [acesso em: 2013 de 06 de 27.] Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250750&search=paraibajoaopessoa|infograficos:-informacoes-completas>.

- 218.Ipardes e Instituto Paranaense de desenvolvimento Econômico e Social. Caderno estatístico município de Cascavel. Cascavel: s.n.; 2013. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85800&btOk=ok>>. Acesso em: 02 fev. 2014.
- 219.PNUD, IPEA, FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Site do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. [Online] 2014. [acesso em: 24 de Jan de 2015.] <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>.
- 220.PNUD,IPEA,FJP. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasília: PNUD, 2013.
221. IBGE. Censo Demográfico 2010. Brasília : s.n., 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.
- 222.Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de João Pessoa. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. João Pessoa: s.n., 2006.
- 223.ODM. Sistema de relatório dinâmico dos objetivos do desenvolvimento do Milênio(ODM). PortalODM2014. [Online] 2014. [acesso em: 27 de jun de 2014.]. Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/porta lodm/perfil/BRA002025095/joao-pessoa---pb>.
224. IBGE. Séries estatísticas e séries históricas. IBGE. [Online] 2010. [acesso em: 27 de agosto de 2013.] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php>. Acesso em: 27 ago. 2010.. http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&no=1.
- 225.Prefeitura Municipal João Pessoa, Secretária Municipal de Saúde. Projeto de implantação dos nucleos de apoio à saúde da família no município de João Pessoa/Paraíba. João Pessoa: Secretária Municipal de Saúde, 2009.
- 226.Prefeitura Municipal de Cascavel. 2009. Acesso em 26 mar. 2012. Disponível em: <www.cascavel.pr.gov.br>
- 227.IBGE. Contas Nacionais. Produto Interno Bruto dos Municípios 2010. Brasília: IBGE, 2012^a;39:115.Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62930.pdf>. 1415-9813.
- 228.IBGE. Censo Demográfico 2010 Características da população e dos domicílios: Resultados do universo. Rio de Janeiro : IBGE, 2011
- 229.Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão-2012. Distrito Sanitário III. João Pessoa- PB: s.n., 2012.
- 230.Prefeitura Municipal de Cascavel e Secretária Municipal Saúde -PR. Plano Municipal de Saúde 2010-2013: 9ª e 10ª Conferencia Municipal de Saúde. Cascavel: SMS, 2012.
- 231.Prefeitura Municipal de João Pessoa,SecretáriaMunicipal de Saúde-JP. Relatório Anual de Gestão 2011 - Distrito Sanitário III. João Pessoa: SMS-JP, 2011.
- 232.Prefeitura Municipal de Cascavel-P, Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR. Relatório Anual de Gestão - RAG - 2011. Cascavel-PR: s.n.; 2012.

233. Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. João Pessoa: SMS-JP, 2011.
234. Souza ECF; Vilar RLA; Rocha NSPD; Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(supl 1): S100 -S110.
235. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli, PJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco Saúde Debate. 2014; 38(n.esp):182-194.
236. Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretária Municipal de Saúde. Relatório de Gestão - 2012. João Pessoa: SMS-JP, 2012.
237. Prefeitura municipal de Cascavel, Secretaria municipal de Cascavel. Relatório anual de Gestão - RAG 2013. Cascavel-PR: SESAU, 2014.
238. Ministério da Saúde (BR), Secretária Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006;1: 76.
239. Ministério da Saúde. Portaria nº 384 de 04 de abril de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
240. Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretária de saúde do município. Relatório de Gestão de 2001. João Pessoa: SMS-JP, 2001.
241. Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretária Municipal de João Pessoa. Relatório de gestão 2010. João Pessoa: s.n., 2011.
242. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Prefeitura municipal de João Pessoa Plano Municipal de Saúde de João Pessoa 2005-2014. [Online] 2013. [acesso em: 2013 out 19.] Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>.
243. Prefeitura Municipal João Pessoa, Secretária Municipal de Saúde, Coordenação de Planejamento - COPLAN. Relatório de Gestão Municipal de Saúde: Janeiro à Dezembro de 1999. João Pessoa : SMS- JP, 2000.
244. Prefeitura Municipal de João Pessoa e Secretária de Saúde. Relatório de Gestão (Quadriênio) 97,98,99,2000. João Pessoa: SMS-JP, 2000.
245. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília : Ministério da Saúde , 1996.
246. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2 ed, revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 108.
247. Prefeitura municipal de João Pessoa, Secretária municipal de saúde. Relatório de Gestão : versão preliminar 2002. João Pessoa: SMS-JP, 2002.

- 248.Ministério da Saúde(BR), Secretaria Executiva, Departamento de apoio à descentralização, Coordenação-Geral de apoio à Gestão Descentralizada ações. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 249.Prefeitura Municipal João Pessoa, Secretária Municipal de Saúde. Projeto de implantação dos nucleos de apoio à saúde da família no município de João Pessoa/Paraíba. João Pessoa: Secretária Municipal de Saúde, 2009.
- 250.Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa. Relatório de Gestão 2005-2008. João Pessoa: SMS-JP, 2008.
- 251.Prefeitura Municipal João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2010. João Pessoa: SMS-JP, 2011.
- 252.Prefeitura Municipal de Cascavel, Secretaria de saúde de Cascavel, Conselho Municipal de Saúde de Cascavel-. Relatório Anual de Gestão 2010. Cascavel: SMS-Cascavel- PR, 2011.
- 253.Prefeitura Municipal de Cascavel-PR, Secretária de SAúde de Cascavel-PR e Conselho municipal de Saúde de Cascavel-PR. Relatório Anual de Gestão 2011. Cascavel- PR: SMS-Cascavel-PR, 2012.
- 254.Prefeitura Municipal de Cascavel-PR. Portal do município de Cascavel-Saúde. Geo portal. [Online] [acesso em: 27 de jun de 2014.] <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/>.
- 255.Deleuze G. O que é um dispositivo? In: M Foucault Filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990.
- 256.Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 A.
- 257.Secretaria de Saude de Cascavel, Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 11ª Conferência Municipal de Saúde. Cascavel- PR : SESAUI- cascavel, 2013.
258. Conselho Federal de Farmácia. A Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Federal de Farmácia. Brasília : Conselho Federal de Farmácia, 2009; p. 66.
- 259.Brasil. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. D.O.U. : s.n., 14 de 09 de 2000. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.
260. CONOF/CD. Nota Técnica nº 014, de 2012. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Brasília : Câmara dos deputados, 2012.
261. Chaves EB. Ordenação multidimensional: aplicação do modelo sistêmico de ordenação documental em prontuários de um unidade básica de saúde de João Pessoa-PB. João Pessoa: UEPB, 2013.
- 262.Penello LM. Estratégia brasileirinhos e brasileirinhas saudáveis:a contribuição da estratégia brasileirinhos e brasileirinhas saudáveisà construção de uma política de atenção integral à saude da criança. [ed.]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2013.
- 263.Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento á mulher. Psicologo informação. 16 jan/dez 2012; 16

- 264.Martelli DRB; Cruz KW, Barros LM; Silveira MF, Swerts MSO, Martelli Júnior H, Martelli, DRB et al. Avaliação da idade materna, paterna, ordem de paridade e intervalo interpartal para fissura lábio-palatina. *Brazil Jour Otorhinolar* (impres). 2010;176(1):107-12.
- 265.Zieger JSB, Terry H. Is there a relationship between risk factors for oral clefts? *Teratology.*, 2002;66(4): 209-16.
- 266.Vieira AR, Orioli IM. Birth order and oral clefts: A meta analysis. *Clinical and molecular teratology.* 2002; 66(6): 209-16.
267. Wilcox AJ, Lie RT, Solvoll K,. Do folic acid supplements reduce facial clefts? *Evidence-Based Dentistry.* 2008; 9: 82-3.
- 268.Douglas R, Wilson MD, Calgary AB. Pre-conception Folic Acid and Multivitamin Supplementation for the Primary and Secondary Prevention of Neural Tube Defects and Other Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2015; 37(6)
- 269.Manon VE, Luc JM, Smits MF, Wal V, Gouke JB. Association between short interpregnancy intervals and term birth. *the american journal of clinical nutrition.* 2008;88:147–53.
- 270.Pitz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças em Canoas/RS. *Ciêns.Saúde Colet.*, 2007; 12(1): 181-190.
- 271.Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Edit Minist Saúde. 2012; 318 p.
- 272.Tracy W, Catherine TW, Therese M, Syed, Shamsuzzoha B.Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects: An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009;150(9): 632-639.
- 273.Villamor E, Sparén, P, Cnattingius S. Risk of Oral Clefts in Relation to Prepregnancy Wight Change and. *American Journal of Epidemiology.*2008; 167(11).
- 274.Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 275.BRASIL. Políticas públicas para o cumprimento das metas do milênio. Brasília: ODM Brasil; 2013.
- 276.Mendes-Castilho, Bousso AMC, Szylit R. Os avós de crianças doentes: nova perspectiva para pesquisas com famílias no Brasil. *REME Rev.* 2016;19(3).
- 277.Yamashiro, JA, Matsuhura, TS. Cotidiano e estresse de avós de crianças com deficiência e de avós de crianças com desenvolvimento típico. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* 2015; 20(3): 849-863.
- 278.Yamashiro, JÁ, Matsukura, TS. Apoio intergeracional em famílias com crianças com deficiência. *Psicol Est.*, out/dez 2014;19(4):705-715.
- 279.Matsukura, TS, e Yamashiro J Archiza. Relacionamento Intergeracional, Práticas de Apoio e Cotidiano de Famílias de Crianças com Necessidades Especiais. *Rev. Bras.*, Out/Dez 2012; 18 (Ed. Esp.4): 647-660.

280. Tirelli, RA. Influência de Variáveis Maternas e da Família sobre o desenvolvimento de bebês. [dissertação] [Internet] UNESP, Faculdade de Ciências, Mestrado em Psicologia do desenvolvimento e Aprendizagem. Bauru. Bauru: s.n., 2012. p.149, [acesso em 2016 jun 18] Disponível em: <http://www2.fc.unesp.br/BibliotecaVirtual/DetalhaDocumentoAction.do?idDocumento=486>
281. Araújo SG, Sant'ana DMG. Relação entre a idade materna e o peso ao nascer . Um estudo da gravidez na adolescência no município de Umuarama- PR. 2001. Ciênc, Cuid Saúde. 2003; 2(2): 155-160.
282. Gallo PR, Leone, C, Amigo H. Tendência de crescimento de filhos de mães adolescentes. Rev Bras Cres Des Hum. 2009 19(2): 297-305.
283. Souza K; Rios A, Cavalcanti L, Albuquerque W, Aiello AR, Souza K, et al. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. Adolesc Saúde. 2007; 4(1).
284. Suzuki CM, Ceccon MEJ, Falção MC, Vaz FAC, Suzuki, CM et al. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. Rev brasileira de crescimento e desenvolvimento humano. 2007; 17(3):95-103.
285. Sartori N, Sacconi R, Valentini NC. Comparação do desenvolvimento motor de lactentes de mães adolescentes e adultas. Fisiot Pesq. out/dez 2010; 17(4): 306-11.
286. Braga ACP, Rodovalho JC, Formiga CK, Martins R. Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de criança pré-escolares de zero a dois anos do município em Goiânia(GO). Rev. Bras. Cres Des Hum. 2011;21(2): 230-239.
287. Pereira VA, Chiodelli T, Rodrigues OMPR, Silva CSO, Mendes VF. Desenvolvimento do Bebê nos dois primeiros meses de vida: Variáveis Maternas e Sociodemográficas. Pensa Fam., 2014;18(1): 64-77.
288. Vieira MA. Impacto da escolaridade dos pais e nível socioeconômico familiar nos resultados de teste cognitivos. s.l.: PNUD; 2013.
289. Santos CS, Chiquetti EMS. Influência do grau de instrução materna no desenvolvimento motor de lactentes: análise na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. EFDeportes.com, Rev Dig. 2014;192(19).
290. Escarce AG, Camargo TV; Souza, VC, Mourão MP, Lemos, S MA. Escolaridade materna e desenvolvimento da linguagem em crianças de 2 meses à 2 anos. Rev. CEFAC., Nov-Dez 2012; 16(14): 1139-1145.
291. Silva JLG, Soares EA, Caetano, EA, Loyola, YCS, Garcia, JAD, Mesquita G. O Impacto da Escolaridade Materna e a Renda Per Capita no Desenvolvimento de Crianças de Zero a Três Anos. Revista Ciências em Saúde. jul 2011;1(2)
292. Hackenhaar AA, Albernaz, EP, Fonseca, TMV. Ruptura prematura das membranas fetais pré-termo: associação com fatores sociodemográficos e infecções geniturinárias maternas. Jorn Ped. 2014; 90(2):197-202.
293. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 DOU de 20/09/1990. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>
294. Reis RS. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. Libertas. Jan, dez / 2004 / 2005;4 e 5(esp): 17- 42.

295. Sucupira ACSL; Andrade, LOM, Barreto, ICHC, Lima JW, Santiago AV, Santiago, AX. Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. *Rev Bras Epid.*, mai-ago 2014; DSS(Suppl):160-177.
296. Mesquita Filho M, Raimundo L, Bruna S, Araújo CS. A atenção primária e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(7): 2033-046.
297. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira, SKM, Pereira, MM, Caldeira, AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):365-71.
298. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(11): 4415-423.
299. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Socied.* 2011; 20(4):927-34.
300. Ministério da Saúde(BR). Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
301. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz, GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: um olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.* set 2011; 32(3):451-57.
302. Digiácomo MJ. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado. [ed.] Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná, 2013.
303. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Colet.* Nov 2013;18(11):3321-331.
304. Prefeitura Municipal de Cascavel, Secretária Municipal de Cascavel. Relatório Anual de Gestão 2012. Cascavel: SESA; 2012.
305. Passos DVS, Leite MOT. Direito fundamental a prestações de saúde: acesso universal e igualitário e a escassez de recursos. *Just Dir.* jan/jun 2012; 26(1):81-89.
306. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina, JCF. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.* jul-ago 2012 65(4): 675-9.
307. Mello DF. Contribuições da Enfermagem para produção do conhecimento na área de atenção à saúde do recém-nascido e criança. *R. Enferm. Cent. O. Min* set/dez 2013; 3(3).
308. Braz JC, Mello DF, David YGM, Teixeira, AS, Prado, AS, Furtado MCC. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: Avaliação de cuidadores. *Medicina.* 2013; 46(4): 416-23.
309. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva.* supl, 2011, Vol. 16, pp. 1029-1042.

- 310.Mesquita AC, Carvalho EC. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6): 1127-36.
- 311.Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva e Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS; 2004.
312. Marinus MWLC, Andrade RS, Moreno LR, Lima LS. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. *Interface*. 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0552
313. Ferreira TLS, Costa ICC, Andrade FB. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. *Revista Ciênc Plural*. 2015;1(1): 22-9.
- 314.Martiniano CS, Souza FF, Marcolino EC, Diniz BLPS, Guimarães MGC, Almeida DR. Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. jan-mar 2013;15(1): 40-48.
- 315.Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas da atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 316.Silva Junior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos.*In*:Curso de desenvolvimento gerencial do SUS: Coletânea de textos. Rio de Janeiro: LAPPIS. p. 297-309.
- 317.Silva FCS. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. *Rev Saúde Desenvolv*. Jan-dez 2015; 7(4).
- 318.Biblioteca Virtual em Saúde. BVS integralidade. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz. [Online] [acesso em:2016 Jun 10] Disponível em: <http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/vhl/sobre/o-que-e-integralidade-em-saude/>.
- 319.Sala A, Luppi CG, Simões, O, Marsiglia, RG. Integralidade e atenção primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 948-960.
- 320.Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev. Enferm. UERJ*. 2012; 20 (esp.I): 676-80.
- 321.Silva RMM, Viera CS, Toso BRGO, Neves, ET, Silva-Sobrinho RA. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde Debate*. 2015;391(06):715-729.
- 322.Pianf PPF, Reis JAR, Cardoso MRO, Reis LOC. A integralidade e as práticas em saúde da criança: uma revisão narrativa da produção científica brasileira. *Rev Paranae Med.*, out-dez 2014; 28(4).
- 323.Sousa FGM, Erdmann AL, Mochet EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto contexto Enferm. Esp*. 2011; 20:263-71.
- 324.Mello DF. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. *Rev. Latino-am. Enf*. set-out 2007; 15(núm esp).

- 325.Monteiro AK, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. Rev. Reme. jan/mar 2013;121:73-80.
- 326.Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tecla MGM. Atenção à Saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. REME Rev Min Enferm. abr/jun 2013; 331-339.
- 327.Teixeira MAS, Rocha CMV. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. Epidemiol. Serv. Saúde., jul-set 2010; 19:217-226.
- 328.Araújo ACM, Guimarães MJB, Frias PG. Avaliação das salas de Vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011. Epidemiol. Serv. Saúde.,abr-jun 2013; 222; 255-264.
- 329.Souza GTS, Alves BA, Tacla MTGM, Collet N, Toso BRGO. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. Semina: Ciências biológicas e da Saúde. jan / jun 2015; 36(1).
- 330.Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Públ.; 2011; 29(2): 84-95.
- 331.Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1997/2012. Brasília: CFM, 2012.
332. Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Toso BRGO, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. Semina: Ciênc Biol saúde., jan/jul 2015; 36(1): 31-38.
333. Sabattini RME. Tendências e perspectivas para os sistemas de informação na saúde. In: Ministério da Saúde. Por que GESITI?: Gestão de Sistemas e Tecnologias da Informação em Hospitais: panorama, tendências e perspectivas em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 334.Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 335.Cunha MS, Sá, MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família:os desafios de se mover no território. Interface - Comunic., Saude, Educ. jan- mar 2013;17(44):61-73.
- 336.Oliveira VBCA, Veríssimo MLÓR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias:comparação entre modelos de atenção primária. Rev. Esc.Enferm. USP. 2015; 49(1): 30-36.
- 337.Sousa FGM, Erdmann AL, Mochet EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Rev. Gaúcha Enferm., dez 2010;. 31(4): 701 -707.
- 338.Araújo JP, Viera CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. Acta Paul. Enferm. 2014; 27(5):440-6.
- 339.Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz, EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. Ciência & Saúde Coletiva. 21, 2016, Vol. 1, pp. 119-127.

- 340.Oliva ACDC, Moura CMRM, Lima CAL, Costa FM, Rocha JFD. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. Revi UNIABEU Belford Roxo. jan-abr 2015;8(18).
- 341.Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2005 para que todas as mães e crianças contem. Genebra: s.n., 2005.
- 342.RIPSA. IDB 2000 BRASIL: Indicadores de mortalidade. Brasília: s.n., 2016.
- 343.Souza JV, Oliveira MS, Encarnação SC. Influência da escolha do parto pelas gestantes. Rev. Eletrôn Atual Saúde., jul/dez 2015 2(2).
- 344.Souza ASR, Amorim MMR, Porto, AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. Femina., set 2010; 38(10)
- 345.Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde João Pessoa. Plano Municipal de Saúde de João Pessoa 2014-2017. João Pessoa: s.n., 2014.
- 346.Nations, United. Millenium Development Goals. New York : United Nations, 2011.
- 347.Souza, JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 10, 2011 , Vol. 33, pp. 273-9.
- 348Programa cidades sustentáveis. Programa cidades sustentáveis. [Online] 2016.Disponível em: <http://indicadores.cidadessustentaveis.org.br/br/PB/joao-pessoa/pre-natal-insuficiente>.
349. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 1, jan/mar 2013;13: 29-37.
350. Pina JC, Moraes AS, Furtado MCC, Mello DF. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. Rev. Latino-Am Enf. 2015; 23(3): 512-9.
351. Harzheim E. Reforma da atenção primária á saúde na cidade do Rio de Janeiro-Avaliação dos três primeiros anos de clínica da família. Porto alegre: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.
- 352.Sartori VG, Quevedo MT. Perfil socio demográfico dos pais e expectativas com o ingresso dos filhos na educação infantil. Cad pedag.2015; 12(3):150 -162.

Apêndice A- 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 USF

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 ☐ um 2 ☐ dois 3 ☐ três 4 ☐ quatro 5 ☐ cinco 6 ☐ mais de cinco
Qual é o intervalo entre o último parto e o parto da _____ (Nome da criança)	02	1 ☐ até 2 anos 2 ☐ mais de 2 anos
Qual é a posição da _____ (Nome da criança) na família?	03	1 ☐ 1º filho 2 ☐ 2º filho 3 ☐ 3º filho 4 ☐ 4º filho 5 ☐ outro _____
Quem é o cuidador principal da/o _____ (NOME DA CRIANÇA)	04	1 ☐ mãe 2 ☐ pai 3 ☐ irmãos mais velhos 4 ☐ avós 5 ☐ madrinha 6 ☐ creche/ escolinha 7 ☐ tias 8 ☐ vizinhos 9 ☐ babá 10 ☐ outros: _____
Qual é a idade do principal cuidador:	05	Resposta: _____ anos.
Quantos anos de estudo tem o principal cuidador?	06	00 ☐ nenhum. _____ anos.
Qual a situação conjugal dos pais do/a _____ (NOME DA CRIANÇA).	07	1 ☐ casados 2 ☐ união estável 3 ☐ mãe solteira 4 ☐ pai solteiro 5 ☐ namorados 6 ☐ viúvo/a 7 ☐ pai casado 8 ☐ mãe casada
Quantos anos de estudo tem o pai?	08	00 ☐ nenhum. _____ anos.
Quantos anos de estudo tem a mãe?	09	00 ☐ nenhum. _____ anos.
Qual é a ocupação do pai?	10	1 ☐ Empregado do comércio 2 ☐ Trabalhador domestico

		3 ☐ Empregado da construção civil 4 ☐ auxiliar de serviços gerais 5 ☐ Conta própria - informal 6 ☐ Trabalhador rural 7 ☐ autônomo 8 ☐ Sem ocupação no momento 9 ☐ outros
Qual é a ocupação da mãe?	11	1 ☐ Empregado do comércio 2 ☐ Trabalhador doméstico 3 ☐ Empregado da construção civil 4 ☐ Auxiliar de serviços gerais 5 ☐ Conta própria - informal 6 ☐ Trabalhador rural 7 ☐ Autônomo 8 ☐ Sem ocupação no momento 9 ☐ Do lar 10 ☐ Outros
Qual a Renda Familiar aproximada?	12	1 ☐ menos do que um Salário Mínimo (SM) 2 ☐ um SM 3 ☐ dois SM 4 ☐ três SM 5 ☐ quatro SM 6 ☐ mais de quatro SM:
Quantas pessoas contribuem para essa renda?	13	1 ☐ uma pessoa 2 ☐ duas pessoas 3 ☐ três ou mais pessoas
Quem contribui para a renda familiar?	14	1 ☐ Pai 2 ☐ Mãe 3 ☐ Pai e mãe 4 ☐ Outros: _____
Quantas pessoas dependem desta renda?	15	1 ☐ até duas 2 ☐ três 3 ☐ quatro 4 ☐ cinco 5 ☐ seis 6 ☐ sete 7 ☐ oito 8 ☐ nove 9 ☐ dez 10 ☐ mais de dez
Quais eletrodomésticos existem na casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	16	1 ☐ geladeira 2 ☐ televisão 3 ☐ fogão a gás 4 ☐ chuveiro elétrico 5 ☐ rádio 6 ☐ máquina de lavar roupa 7 ☐ computador
A casa de _____ (NOME DA CRIANÇA) é:	46	1 ☐ própria 2 ☐ alugada 3 ☐ cedida 4 ☐ conjunto habitacional 5 ☐ invasão legalizada 6 ☐ invasão não legalizada
Qual é o tipo de construção da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	17	1 ☐ alvenaria 2 ☐ madeira 3 ☐ mista 4 ☐ lona
Quantos cômodos possui a casa de _____	18	1 ☐ um 2 ☐ dois

_____ (NOME DA CRIANÇA)?		3 ☐ três 4 ☐ quatro 5 ☐ mais de quatro
Qual a característica dominante da área da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	19	1 ☐ residencial 2 ☐ comercial 3 ☐ industrial 4 ☐ mista 5 ☐ área verde
Como é o abastecimento de água na residência de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	20	1 ☐ da rede oficial e tratada 2 ☐ encanada com abastecimento regular 3 ☐ encanada com abastecimento irregular 4 ☐ água de poço 5 ☐ mina 6 ☐ rio
Como é a rede de esgoto da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	21	1 ☐ rede oficial 2 ☐ fossa 3 ☐ esgoto a céu aberto
E a eletricidade?	22	1 ☐ rede oficial 2 ☐ ligação coletiva 3 ☐ ligação clandestina 4 ☐ ausente
Como é a coleta de lixo?	23	1 ☐ regular 2 ☐ irregular 3 ☐ queimado 4 ☐ enterrado 5 ☐ acumulado
Como é a rua da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	24	1 ☐ asfalto 2 ☐ calçamento 3 ☐ terra
Qual é o meio de transporte mais utilizado pela família de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	25	1 ☐ carro próprio 2 ☐ motocicleta 3 ☐ ônibus coletivo 4 ☐ bicicleta 5 ☐ outros: _____.

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –

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

Palicha Luiz 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: _____

João Pessoa, _____ de _____ de 20 ____.



Anexo 1 - Instrumento de avaliação da APS- 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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – Quando o (a) “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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Quando o “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

D - LONGITUDINALIDADE

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 - Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 - Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D12 – O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D13 – O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D14 – O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – O (a) “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G3 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G4 - Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G5 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G6 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G7 - Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G8 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G9 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Anexo II – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética.

**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEPAprovado 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 III- Instruções para Análise dos Dados do Instrumento de avaliação da APS= PCATool- Brasil

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.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

Orientação Familiar (I):**Itens = I1, I2, I3**

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$$

Orientação Comunitária (J):**Itens: J1, J2, J3, J4**

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4) / 4$$

Transformação da Escala

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

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

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

3

Escore Essencial de APS

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.

Soma dos Componentes dos Atributos / número de componentes

$$(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral de APS

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) somado aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.

Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados / número total de componentes.

$$(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes (ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

Anexo IV- Parecer consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE

PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Versão: 1

Instituição: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CCBS - UNIOESTE

CAAE: 01295412.2.1001.0107

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 16509

Data da Relatoria: 26/04/2012

Apresentação do Projeto:

projeto com todas as fases devidamente apresentadas no item "outras informações, justificativas e considerações a critério do pesquisador".

Objetivo da Pesquisa:

pertinente ao estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

nada a acrescentar

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nada a acrescentar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

faltando o currículo dos pesquisador (es) ; o doc de comprometimento de não coleta de dados e documento comprobatório da financiamento pelo CNPq

Recomendações:

anexar os documentos faltantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

anexar os documentos faltantes: currículo do pesquisador (es), documento de comprometimento de não coleta de dados além de documento comprobatório da financiamento pelo CNPq.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

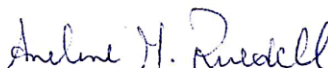
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Pendente

Anexar os documentos faltantes: currículo do pesquisador, documento de comprometimento de não coleta de dados antes da aprovação do CEP, além de documento comprobatório da financiamento pelo CNPq.

CASCADEL, 27 de Abril de 2012



Assinado por:

Aneline Maria Ruedell

Anexo V- Termo de Anuência SMS/DAS/GES – João Pessoa- PB

**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES**



João Pessoa, 26 de abril de 2012

Processo: 07.145/2012

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA**”, à ser desenvolvida sob a coordenação da **PROFª DRª. BEATRIZ ROSANA GONÇALVES DE OLIVEIRA TOSO**, está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Sem mais,

Atenciosamente,


Bruno Augusto Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Matr. 66.084-1

Gerência de Educação na Saúde

Anexo VI - Termo de Ciência pelo Campo de Estudo de Cascavel-PR

ANEXO IV

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

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

Pesquisadore(s):

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso – Enfermagem Unioeste/Cascavel;
Cláudia Silveira Viera – Enfermagem Unioeste/Cascavel;
Pálcha Luízar Obregón – Medicina Unioeste/Cascavel
Alunos dos Cursos de Enfermagem e Medicina

Local da pesquisa: Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto-Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cascavel, PR.

Responsável pelo local de realização da pesquisa:

Ildemar Marino Canto – Secretário Municipal de Saúde

O(s) pesquisador(es) acima identificado(s) estão autorizados a realizarem a pesquisa e coletar dados, preservando as informações referentes aos sujeitos de pesquisa, divulgando-as exclusivamente para fins científicos apenas anonimamente, respeitando todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares.

Cascavel, 28 de fevereiro de 2012.

Nome(s) e assinatura(s) do(s) responsável pelo campo da pesquisa

MARA LÚCIA REMOSTRO ZACCHI
Diretora de Atenção à Saúde
Secretaria de Saúde

Pauli
23/02/2012 *Joana*