



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SOBRAL-CEARÁ: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA
DAS MÃES USUÁRIAS**

**SOBRAL
2014**

FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SOBRAL-CEARÁ: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA
DAS MÃES USUÁRIAS.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família da
Universidade Estadual Vale do Acaraú como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

SOBRAL – CEARÁ

2014

Bibliotecária Responsável: Iara Queiroz CRB 3/1325

G614a

Gomes, Francisco Meykel Amancio

Atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família de Sobral – Ceará: avaliação na perspectiva das mães usuárias/ Francisco Meykel Amancio Gomes. – Sobral, 2014.
142 f.

Orientadora: Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Sistema Único de Saúde. 2. PCA Tool. 3. Atenção primária à saúde. I. Sucupira, Ana Cecília Silveira Lins . II. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 610

FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SOBRAL-CEARÁ: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA
DAS MÃES USUÁRIAS**

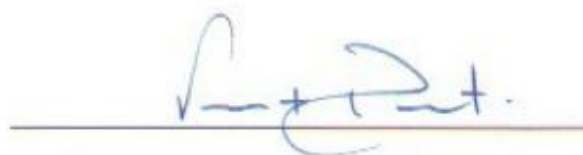
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 09/07/2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Orientadora



Prof. Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto
Universidade Federal do Ceará
Examinador 1



Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Examinadora 2

*À minha esposa, Clarisse e à minha filha
Yeline pela compreensão e incentivo na
realização deste importante passo em
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas oportunidades que colocou em minha vida e por sua luz que sempre me guiou e a quem sou grato por tudo o que tenho e o que sou.

À minha esposa, Clarisse, pelo companheirismo sempre presente, pela força que me faz superar os desafios e pela felicidade que me faz sentir sempre mais a cada dia.

À nossa filha, Yeline que esteve presente durante todo o processo de elaboração desse trabalho, compreendendo os meus momentos de ausência

Aos meus pais, José Roberto Gomes (Dedé) e Aparecida Amancio, alicerces da minha vida, que em seus ensinamentos me fizeram trilhar pelos caminhos certos e aos meus irmãos, Marciunilio Amancio, Diego Amancio, Matheus Amancio e Nicolly Amancio, pela amizade e apoio sempre presentes.

À minha orientadora, Professora Dra. Ana Cecília Sucupira, por seu incentivo, por compreender meu trabalho à distância e por sempre acreditar no meu potencial. Agradeço suas valiosas contribuições.

Aos meus amigos e colegas de trabalho tanto da Secretaria da Saúde de Sobral como das Faculdades INTA, pelo companheirismo e compreensão durante esse processo.

Aos gerentes, profissionais das Equipes de Saúde da Família de Sobral-CE e seus usuários, pela disposição em colaborar com a pesquisa.

À Secretária da Saúde de Sobral, Mônica Souza Lima, pela liberação parcial de minhas funções no trabalho, compreendendo a contribuição desse projeto para meu aperfeiçoamento profissional.

À Profa. Eliana Araújo, coordenadora do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA, pelo apoio e estímulo nesse processo.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA e aos meus colegas de turma pelos ricos momentos de aprendizado e companheirismo.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade em contribuir para o enriquecimento do trabalho.

Aos membros do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança, composto por acadêmicos do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA, pelo auxílio na coleta de dados e discussões durante o processo.

A todos os que contribuíram para a realização desse projeto, pela força e parceria nos vários momentos, principalmente nos mais difíceis.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou como era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

Posterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi concebida a Estratégia Saúde da Família (ESF) na busca da reorientação do Sistema de Saúde com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde, onde, nessa perspectiva, encontram-se as ações de saúde da criança desenvolvidas na ESF. Nesse contexto, a avaliação dessas ações configura-se como importante ferramenta relacionada à melhoria do processo de trabalho. A pesquisa tem por objetivo geral avaliar a Atenção à Saúde da Criança na ESF de Sobral-CE, na perspectiva das mães usuárias, a partir do referencial do PCATool. Como objetivos específicos tem-se classificar as unidades de saúde avaliadas por escores de qualidade e verificar possíveis variações da qualidade da atenção primária à saúde das crianças segundo a localização geográfica da unidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva e avaliativa, realizada no período de fevereiro de 2013 a junho de 2014 no município de Sobral-CE. Os participantes foram mães de crianças menores de 02 anos acompanhadas por todos os Centros de Saúde da Família (CSF) do município, moradoras nas áreas referidas há pelo menos 06 meses. A amostra foi de 293 mães distribuídas proporcionalmente nos CSF da sede e dos distritos, selecionadas por meio de sorteio simples. Foram aplicados os instrumentos padronizados para as mães tanto nos CSF como nos domicílios. Os escores de cada atributo foram obtidos a partir da média dos valores das respostas. Para a tabulação dos dados utilizou-se o programa MICROSOFT EXCEL e o aplicativo para as análises estatísticas foi o SPSS versão 19.0. O teste Mann-Whitney foi utilizado para análise dos cruzamentos entre as variáveis. A pesquisa respeitou os preceitos éticos, tendo seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UVA. Verificou-se que a faixa etária predominante das mães entrevistadas foi de 21 a 25 anos com escolaridade predominante do ensino médio completo. O atributo Acesso de Primeiro Contato no componente Utilização apresentou forte grau de orientação à APS pelas mães entrevistadas. O componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato também apresentou forte grau de orientação à APS pelas mães entrevistadas. O Vínculo obteve a melhor avaliação de todos os atributos com média geral de atributos 8,2. O Grau de Afiliação mostrou uma excelente vinculação das famílias aos profissionais de saúde. No que diz respeito ao atributo Coordenação no componente Integração do Cuidado, não houve uma boa avaliação pelas mães entrevistadas, uma vez que a média geral de escores mostrou um abaixo grau de orientação à APS. Diferentemente aconteceu com o componente Sistemas de Informação, também do atributo Coordenação, com média geral de escores 8,1. Para o componente Serviços Disponíveis, também do atributo Coordenação, obteve-se um forte grau de orientação à APS pelas mães dos distritos, já para as mães da sede não. Os dois atributos derivados, Orientação familiar e Orientação Comunitária, obtiveram baixo grau de orientação à APS pelas mães entrevistadas, com médias de escores 5,3 e 6,3 respectivamente. Concluiu-se que as avaliações mostraram um grau de satisfação das mães bastante considerável, principalmente no que se refere ao vínculo e acompanhamento da criança. A atenção do ponto de vista individual da criança parece dar conta das necessidades das mães que se expressaram positivamente em relação aos vários aspectos do atendimento realizado pelas equipes de saúde da família.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; PCATool; Atributos; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

After the creation of the Unified Health System (SUS), the Family Health Strategy is designed (ESF) in the search for reorientation of the health system focused on disease prevention and health promotion, which, in this view, are the health actions of the child developed in the ESF. In this context, the evaluation of these actions is configured as an important tool related to the improvement of the working process. The research has the objective to evaluate the Care of Children's Health in the Sobral EC-ESF, from the perspective of mothers who, from PCATool of reference. The specific objectives has been to classify health facilities assessed by quality scores and verify possible variations of the quality of primary health care for children by geographical location of the unit. This is a descriptive and evaluative research, conducted from February 2013 to June 2014 in the city of Sobral-CE. Participants were mothers of children under 02 years accompanied by all the Family Health Centers (CSF) in the city, living in the areas referred for at least 06 months. The sample of 293 mothers distributed proportionally in the CSF's headquarters and district selected through simple drawing. Standardized instruments were applied to mothers both in CSF and in households. The scores for each attribute were obtained from the average of the values of responses. To tabulate the data we used the EXCEL MICROSOFT program and the application for statistical analysis was SPSS version 19.0. The Mann-Whitney test was used to analyze the intersections between variables. The study followed the ethical precepts, and his project approved by the Research Ethics Committee of UVA. It was found that the age distribution of the mothers interviewed was 21 to 25 years predominantly schooling completed high school. The First Contact Access attribute in use component showed a strong degree of PHC orientation by those mothers. The accessibility component of the First Contact Access attribute also showed a strong degree of PHC orientation by those mothers. The Bond got the best evaluation of all attributes with overall average of 8.2 attributes. The Affiliate School showed excellent binding of families to health professionals. Regarding Coordination attribute in the integration care component, there was a good review by those mothers, since the overall mean score showed an orientation degree below the APS. Unlike happened to the Information Systems component also Coordination attribute, with overall average scores 8.1. For the Available Services component also attribute Coordination, gave a strong degree of PHC orientation by the mothers of the districts, as for mothers of non headquarters. The two derived attributes, Family and Community Orientation Orientation, had lower degree of PHC orientation by the mothers interviewed, with average scores 5.3 and 6.3 respectively. It was concluded that the evaluations showed a degree of satisfaction of quite considerable mothers, especially with regard to the link and follow the child. The attention from the individual point of view of the child seems to account for the needs of mothers who positively expressed in relation to various aspects of the service provided by family health teams.

Keywords: Health System; PCATool; attributes; Primary Health Care.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 O SUS e a Atenção Primária à Saúde.....	18
1.2 A Estratégia Saúde da Família.....	21
1.3 A Estratégia Saúde da Família em Sobral.....	23
1.4 A Atenção à Saúde da Criança.....	24
1.5 A Atenção à Saúde da Criança em Sobral.....	26
1.6 Justificativa e Relevância.....	29
2 OBJETIVOS	31
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3.1 Avaliação em Saúde.....	32
3.2 Primary Care Assesment Tool (PCATool).....	36
4 MÉTODOS.....	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Local da pesquisa.....	39
4.3 População/amostra.....	42

4.4 Procedimentos para coleta de informações.....	47
4.4.1 Instrumento para coleta de dados.....	47
4.4.2 Processamento da coleta de dados.....	50
3.5 Apresentação e análise dos resultados.....	50
3.6 Princípios éticos	51
5 RESULTADOS.....	53
5.1 Caracterização.....	53
5.2 Análise estatística das médias dos escores da APS.....	58
5.3 Acesso de Primeiro Contato – componente Utilização.....	59
5.4 Acesso de Primeiro Contato – componente Acessibilidade.....	61
5.5 Longitudinalidade – componente Grau de Afiliação.....	64
5.6 Longitudinalidade – componente Vínculo.....	66
5.7 Coordenação – componente Integração de Cuidados.....	70
5.8 Coordenação – componente Sistemas de Informação.....	73
5.9 Integralidade – componente Serviços Disponíveis.....	75
5.10 Integralidade – componente Serviços Prestados.....	78
5.11 Orientação Familiar.....	81
5.12 Orientação Comunitária.....	84
6 DISCUSSÃO.....	87
6.1 Caracterização.....	87
6.2 Análise estatística das médias dos escores da APS.....	90
6.3 Acesso de Primeiro Contato – componente Utilização.....	90

6.4 Acesso de Primeiro Contato – componente Acessibilidade.....	96
6.5 Longitudinalidade – componente Grau de Afiliação.....	100
6.6 Longitudinalidade – componente Vínculo.....	102
6.7 Coordenação – componente Integração de Cuidados.....	106
6.8 Coordenação – componente Sistemas de Informação.....	109
6.9 Integralidade – componente Serviços Disponíveis.....	112
6.10 Integralidade – componente Serviços Prestados.....	115
6.11 Orientação Familiar.....	117
6.12 Orientação Comunitária.....	119
7 CONCLUSÕES.....	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
APÊNDICES	
ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Evolução da TMI nos anos de 1996 a 2013, Sobral-CE.....	28
Figura 2 - Mapa da Sede de Sobral segundo a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio, Sobral-CE, 2013.....	41
Figura 3 - Mapa dos distritos de Sobral segundo a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio, Sobral-CE, 2013.....	41
Figura 4 - Escore médio dos atributos, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	58
Figura 6 - Média de escore de acesso de primeiro contato – Utilização, CSF Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	59
Figura 7 - Média de escore de acesso de primeiro contato – Acessibilidade, CSF Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	62
Figura 8 - Média de escore do Grau de Afiliação, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	65
Figura 9 - Média de escore de Longitudinalidade – Componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	66
Figura 10 - Média de escore de Coordenação – Integração de Cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	70
Figura 11 - Média de escore de Coordenação – Sistemas de Informação, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.....	73
Figura 12 - Média de escore de integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	76
Figura 13 - Média de escore de Integralidade – Serviços Prestados, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.....	79
Figura 14 - Média de escore de Orientação Familiar, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.....	81
Figura 15 - Média de escores de Orientação Comunitária, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da população de crianças menores de 02 anos cadastradas por CSF de Sede, Sobral-CE, 2013.....	43
Quadro 2 – Distribuição da população de crianças menores de 02 anos cadastradas por CSF de Distritos, Sobral-CE, 2013.....	44
Quadro 3 – Distribuição da amostra por CSF, Sobral-CE, 2013.....	46
Quadro 4 – Variáveis independentes.....	48
Quadro 5 – Variáveis Dependentes.....	49
Quadro 6 – Distribuição da amostra por CSF da sede, Sobral-CE, 2014.....	53
Quadro 7. Distribuição da amostra por CSF dos distritos, Sobral-CE, 2014.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil das mães entrevistadas de acordo com as variáveis idade da mãe, escolaridade e quantidade de filhos distribuídos segundo a localização do CSF de referência, Sobral- CE, 2014.....	54
Tabela 2. Perfil das mães entrevistadas de acordo com as condições da habitação distribuídas segundo a localização do CSF de referência, Sobral- CE, 2014.....	56
Tabela 3. Escore médio dos atributos, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	58
Tabela 4. Resultados do PCATool quanto ao Acesso de primeiro contato - Utilização da Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	60
Tabela 51. Médias relativas ao Acesso de primeiro contato - Utilização da Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	61
Tabela 6. Resultados do PCATool quanto ao Acesso de primeiro contato - Acessibilidade à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014....	62
Tabela 7. Médias relativas ao Acesso de primeiro contato - Acessibilidade à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	64
Tabela 8. Resultados do PCATool quanto ao Grau de Afiliação à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	65
Tabela 9. Resultados do PCATool quanto ao componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-Ce, 2014.....	67
Tabela 10. Médias dos escores de Longitudinalidade – componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	69
Tabela 11. Resultados do PCATool quanto à Coordenação – Integração de Cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	71
Tabela 12. Médias dos escores relacionados à Coordenação – Integração de cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	72
Tabela 13. Resultados do PCATool quanto à Coordenação – Sistemas de informação, Sobral-CE, 2014.....	74
Tabela 24. Médias de escores relacionados à Coordenação – Sistemas de Informação, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	75
Tabela 15. Resultados do PCATool quanto à Integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	77

Tabela 16. Médias dos escores relacionadas à Integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	78
Tabela 17. Resultados do PCATool quanto à Integralidade – Serviços Prestados, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.....	79
Tabela 18. Médias de escores relacionadas à Integralidade – Serviços Prestados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	80
Tabela 19. Resultados do PCATool quanto à Orientação Familiar, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.....	82
Tabela 20. Médias de escores relacionados à Orientação Familiar, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	83
Tabela 21. Resultados do PCATool quanto à Orientação Comunitária, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.....	84
Tabela 22. Médias de escores relacionados à Orientação Comunitária, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.....	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CSF – Centro de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PCATool – Primary Care Assesment Tool

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PSF – Programa Saúde da Família

PCATool - Primary Care Assessment Tool

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú

1 INTRODUÇÃO

1.1 O SUS e a Atenção Primária à Saúde

Muito se construiu e continua sendo feito até a atualidade para a organização e estruturação de um sistema de saúde no Brasil. Os primeiros movimentos começaram a ser percebidos por volta da década de 70 quando foram produzidas várias teses, em ambientes acadêmicos, que se contrapunham ao modelo assistencial hegemônico médico-privatista e que, no processo de redemocratização do país, serviram como base para o movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

As grandes discussões ocorridas durante o período da Reforma Sanitária, na década de 1980, buscando um sistema de saúde que não fosse excludente e que atendesse aos anseios da população brasileira, refletiram-se na elaboração da Constituição de 1988, e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso de todos os brasileiros aos serviços de saúde. Este sistema foi estruturado objetivando a integração e a coordenação das ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal.

De acordo com a Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O SUS apresenta, em seu texto final, como princípios que devem nortear as ações de saúde, a universalidade, a equidade e a integralidade. O Artigo 198 dessa mesma Constituição refere-se às ações de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único com três diretrizes que são a descentralização (transferência de serviço da esfera federal para a estadual e deste para a municipal), o atendimento integral (atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e reabilitação) e a participação social (por meio das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde).

Para Vasconcelos e Pasche (2012), o SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, um processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde.

Na busca da garantia do acesso da população aos serviços de saúde e na tentativa de mudar o sistema vigente centrado na atenção hospitalar, tendo como foco a doença e a cura, o Sistema Único de Saúde começou a ser desenhado como um sistema que pudesse estar próximo da população, que tivesse como prioridade a prevenção de doenças e a promoção da saúde, na perspectiva da visão holística das pessoas e do meio em que elas estão inseridas, assumindo os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), como primeiro espaço de atenção desse novo sistema de saúde.

Starfield (2002) descreve a Atenção Primária como sendo a instância, o nível do sistema de saúde que é responsável pela entrada nesse sistema para todas as novas necessidades e problemas, e ainda fornece atenção para a pessoa no decorrer do tempo, atenção essa que não se configura somente por ações curativas, mas para todas as condições, exceto aquelas que são muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Andrade; Barreto; Bezerra (2012) complementam o conceito anterior descrevendo a APS como sendo o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Conceituam ainda, que a APS é compreendida como a tendência de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde.

A APS é responsável pelo acesso, tendo como atributos essenciais o Primeiro Contato – acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema; Longitudinalidade – regulação da atenção e seu uso ao longo do tempo; Integralidade – oferecer todos os serviços de forma a atender as necessidades dos usuários, mesmo que implique uma articulação para que sejam realizados em outros níveis de atenção; e coordenação – remete à continuidade da atenção e o reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2002).

Shi, Starfield e Jiahong (2001) relatam que a APS tem ainda os atributos derivados que são: Orientação Familiar, que corresponde ao reconhecimento de fatores familiares, relacionando-os com a causa da doença e o manejo de doenças; Orientação

Comunitária, envolvendo profissionais conhecedores das necessidades da comunidade e buscando a participação desta e a Competência Cultural, que remete à adaptação dos profissionais de saúde às características culturais da população, a fim de auxiliar no estabelecimento de vínculo entre estes.

Andrade; Barreto; Bezerra (2012) fazendo menção à OPAS (2005) definem que os sistemas de saúde baseados em APS têm enfoque na organização e operação de sistemas de saúde maximizando a equidade e a solidariedade, guiados pelos próprios princípios da APS como dar respostas às necessidades de saúde da população, orientação para a qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade.

Starfield (2002) explica que a APS, diferentemente da atenção subespecializada, é mais barata, mais acessível para indivíduos que não conseguem pagar por eles. Outra característica da APS é o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas, envolvendo a oferta de tratamento que contribuam para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

No Brasil, a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS) ou somente Atenção Básica (AB) para a APS, passou a ser usada a partir da Constituição de 1988 e do advento do SUS, com o início do processo de descentralização das ações e da municipalização da APS (LUPPI *et al*, 2011).

A designação Atenção Básica, foi adotada com o objetivo de contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, a AB fundamenta-se nos princípios norteadores do SUS, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade, e incorpora os atributos interdependentes e complementares definidos para a APS. O primeiro desses atributos, como já foi visto acima, é o Acesso de Primeiro Contato que está relacionado ao acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. A Longitudinalidade do Cuidado (ou Vínculo e

Responsabilização) significa a relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo entre o indivíduo e um profissional de saúde ou uma equipe de saúde, independentemente do tipo de problema de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde. O terceiro atributo, Integralidade (ou Abrangência), diz respeito à capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, resolvendo-os ou referindo aos outros pontos de atenção à saúde. Por último, o atributo Coordenação do Cuidado (ou organização das respostas ao conjunto de necessidades) é essencial para o sucesso dos outros atributos, uma vez que sem coordenação, a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa (BRASIL, 2007).

Em 1996, a mudança no financiamento da saúde com a Norma Operacional Básica nº 01/96 que desvinculava o pagamento da produção de procedimentos e a implantação, em 1998, do Piso de Atenção Básica-PAB foram marcos na direção do fortalecimento da atenção primária no Brasil. O PAB determinava um valor per capita, destinado principalmente aos municípios, para financiamento de um conjunto de procedimentos básicos de saúde. A destinação de recursos específicos para a atenção básica contribuiu para reforçar a atuação municipal na área da saúde, com grande repercussão nas ações de saúde da criança (ANDRADE; BARRETO, 2007).

1.2 A Estratégia Saúde da Família

Na busca de qualificar e consolidar a APS como política prioritária, aliando a evolução do SUS com as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde e o perfil epidemiológico brasileiro e, ainda, como estratégia de consolidação dos princípios desse sistema, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012). Assim, no Brasil, o modelo adotado para a reestruturação, organização e desenvolvimento das ações da ABS é a Estratégia de Saúde da Família.

Em 1991, logo após a implantação do SUS, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inspirado em experiências anteriores, como as Pastorais

da Criança, com o objetivo de promover a saúde nas regiões mais pobres do Norte e Nordeste do Brasil. Neste programa, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram supervisionados por enfermeiros, onde cada ACS era responsável por acompanhar de 100 a 250 famílias. O PACS obteve bons resultados, mas não se mostrou suficiente para alcançar todos os objetivos propostos, levando o Governo Federal, juntamente com líderes especialistas em saúde pública, a elaborar o Programa Saúde da Família (PSF), que acabou incorporando o PACS (GUSSO, 2004).

Mendes (2002) afirma que o estado do Ceará foi pioneiro, ao iniciar a experiência do PACS que, por seus resultados positivos, acabou sendo expandida para o restante do país e, posteriormente, desenvolveu a primeira experiência do PSF que serviu de base para a política oficial lançada pelo Ministério da Saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde, criou o Programa Saúde da Família, para suprir as necessidades de atenção à saúde da população, criar condições para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e contribuir para a reorientação do modelo assistencial vigente, atribuindo uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. Dessa forma, o novo enfoque passa a assegurar ações centradas na família, percebida a partir do seu ambiente sociocultural, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. Em 2006, o Programa de Saúde da Família passou a ser a estratégia estruturante da AB, com a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A organização da ESF tem como base a existência de uma equipe multiprofissional (Equipe Saúde da Família) composta por, no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família ou em medicina de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em higiene dental.

A Equipe de Saúde da Família atua em um território definido, estabelecendo vínculos de responsabilidade e confiança entre os profissionais de saúde e as famílias, permitindo também uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir de problemas e demandas identificadas (BRASIL, 2005). Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a

média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Nessa perspectiva, a organização e estruturação da ESF influenciam positivamente a saúde da população não somente por meio do acesso à AB, mas pelo alinhamento dos princípios de descentralização, integralidade e controle social, na busca da integração da ESF com o resto do sistema, possibilitando atenção à saúde dos indivíduos e famílias de forma completa, integrada e responsiva às demandas identificadas localmente (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

1.3 A Estratégia Saúde da Família em Sobral

No município de Sobral, a ESF foi implantada na segunda metade da década de 90, a partir de mudanças políticas e administrativas na gestão municipal, como forma de contrapor-se ao modelo hegemônico existente já desgastado devido à má utilização dos recursos públicos, e principalmente para reverter e melhorar os indicadores de saúde do município, na busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Silva (2007) relata que, no município de Sobral, as decisões para implantação do PSF, foram tomadas durante o Seminário de Planejamento Estratégico, realizado em 1997, sendo pautadas nos seguintes princípios: a inversão do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico para um modelo baseado na atenção integral à saúde; utilização da estratégia de promoção da saúde, articulando ações intersetoriais e privilegiando a APS; adoção dos princípios doutrinários do SUS estabelecidos na constituição brasileira de 1988; e a estruturação dos serviços de APS com base na ESF.

Atualmente, o município conta com 57 equipes de saúde da família distribuídas em 28 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo 15 na sede do município e 13 nos distritos, correspondendo a uma cobertura de 94% da população de aproximadamente

190.000 pessoas. Para complementar as ações da ESF, estão cadastradas 06 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando como equipes multiprofissionais de referência nos CSF do município (SOBRAL, 2012).

Com a implantação da ESF, observou-se a melhoria de vários indicadores de saúde, dentre eles os indicadores relacionados à atenção materno-infantil, que apontam para uma melhor qualidade de vida das crianças no município. Pode-se perceber também maior acesso da população aos serviços de saúde (SILVA, 2007).

Essa melhoria dos indicadores fica evidente nos resultados da análise do impacto da ESF em Sobral, após oito anos de sua implantação, feita por Andrade *et al* (2004), como a redução da desnutrição no primeiro ano de vida, a redução da mortalidade neonatal e da mortalidade infantil geral e por diarreia, melhora no acesso ao pré-natal, aumento da prática de aleitamento materno e elevação das taxas de imunização no primeiro ano de vida. Esse mesmo estudo mostrou ainda redução da incidência de dengue, redução da taxa de abandono do tratamento de hanseníase e redução do número absoluto de internações por acidente vascular cerebral. Os autores concluem que a organização da atenção básica estruturada a partir da Estratégia Saúde da Família aliada à gestão participativa e estratégica do Sistema Municipal de Saúde, na perspectiva de operacionalizar os princípios do SUS, à articulação de ações intersetoriais e à mobilização social parecem ter grande potência para intervenção nos mais diversos problemas de saúde do município.

1.4 A Atenção À Saúde da Criança

No Ministério da Saúde, a organização da atenção à saúde é feita por meio de áreas técnicas de atenção, distribuídas da seguinte forma: Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Pessoa com Deficiência e Saúde no Sistema Penitenciário.

A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno é responsável pelas diretrizes referentes às ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação das crianças. Para tanto, o Ministério da Saúde considera como criança, os

indivíduos com idade entre 0 e 9 anos, divididos nas seguintes faixas etárias: menor de 1 ano, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos. Nessas faixas etárias são agrupadas as informações sobre as condições de vida e saúde das crianças.

Para Figueiredo e Mello (2007), nas décadas de 1970 e 1980, os programas de atenção materno-infantil tinham caráter vertical pelo fato de suas metas e normas serem decididas em nível central e por critérios técnicos de acordo com o modelo administrativo brasileiro da época. Em 1984 foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), tendo como base as condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, com o objetivo de assegurar a atenção integral à saúde da criança através das ações básicas e como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade. As principais ações do PAISC eram direcionadas ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança; à promoção do aleitamento materno; às imunizações; à prevenção, e ao controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas.

Esses podem ser considerados os primeiros movimentos de organização de um programa ou ações programáticas a partir de estudos de dados epidemiológicos obtidos de análises situacionais, já que anteriormente as ações eram pensadas e programadas pelos gestores e técnicos em gabinetes do Ministério e de Secretarias da Saúde, distantes da realidade dos profissionais e dos serviços de saúde (FIGUEIREDO E MELLO, 2007).

Na década de 90, também com base nos indicadores de saúde e da situação epidemiológica do Brasil, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) foi adotada pelo Ministério da Saúde e incorporada às ações da Atenção Básica, com o objetivo de reduzir a mortalidade de crianças menores de 05 anos de idade; diminuir a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculose, malária, sarampo, reduzir os distúrbios nutricionais; garantir a adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 05 anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade. Visava-se fortalecer as ações de promoção à saúde, como também as ações preventivas na infância (FIGUEIREDO E MELLO, 2007).

O AIDPI tinha como propósito promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância. Tratava-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na

infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que buscava abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingiam a criança e do contexto em que ela estaria inserida (BRASIL, 2002a).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou uma edição dos Cadernos da Atenção Básica que tratava do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de atenção à saúde da criança e, por extensão, a qualidade de vida das crianças, mediante o monitoramento do seu crescimento e desenvolvimento. Essas medidas de atenção à criança integravam-se àquelas recomendadas pela estratégia AIDPI.

Em virtude da definição do PACS e do PSF como estratégias prioritárias capazes de resgatar o vínculo de corresponsabilidade entre os serviços e a população, as normas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram gradativamente incorporadas às atividades do PACS e do PSF, potencializando, assim, os esforços do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde para a vigilância da saúde da criança, com destaque para a disseminação do uso do Cartão da Criança. (BRASIL, 2002b). Esse Cartão tornou-se mais um importante instrumento técnico para os profissionais que faziam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças no âmbito da Atenção Básica de Saúde.

1.5 A Atenção à Saúde da Criança no Município de Sobral

As ações relacionadas à saúde da criança na ESF do município de Sobral-Ceará, com foco na faixa etária prioritária para o Ministério da Saúde, ou seja, de menores de 02 anos, têm se consolidado como uma estratégia essencial para a melhoria dos índices de cobertura vacinal e aleitamento exclusivo até os 06 meses de vida, redução dos casos de desnutrição, redução das taxas de internação tanto por infecção respiratória aguda

como por diarreia, além da melhoria dos indicadores de morbimortalidade infantil (SOBRAL, 2010).

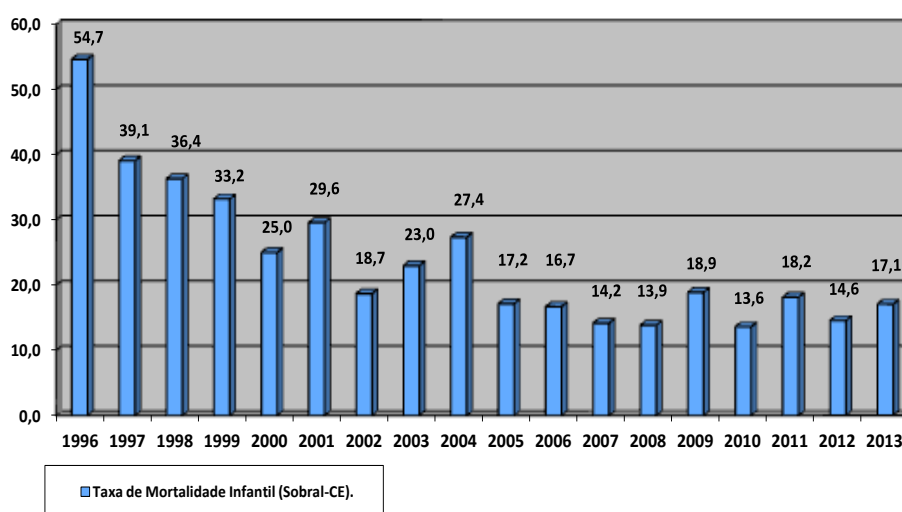
Silva (2007) cita que em 1997 foi criado o Programa Sobral Criança e Adolescente com o objetivo de aglutinar políticas de atenção à criança e adolescentes de forma intersetorial envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social, de Educação, de Cultura e de Esporte. Esse Programa foi estruturado em três comitês com objetivos específicos e interligados: Comitê Nascer em Sobral Criança, Comitê Crescer e Desenvolver em Sobral Criança e o Comitê Sobral Criança Cidadã. A Secretaria da Saúde ficou com o comando do “Comitê Nascer em Sobral Criança” que tinha como objetivo garantir o nascimento das crianças em condições dignas por meio das ações na atenção ao pré-natal; o incentivo ao aleitamento materno; o monitoramento da mortalidade infantil; a criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna Fetal e Infantil e o inovador Projeto Trevo de Quatro Folhas.

A Estratégia Trevo de Quatro Folhas foi implantada em dezembro do ano de 2001, ainda como Projeto que tinha como objetivo reduzir a morbimortalidade materna e infantil no município de Sobral, recebendo este nome em alusão ao trevo da sorte, e ainda porque as ações propostas agrupavam-se em quatro momentos: o pré-natal, o parto e puerpério, o nascimento e o primeiro ano de vida. Posteriormente, em 2005, tornou-se uma estratégia e em 2010, foi aprovada uma Lei Municipal que tornava a Estratégia Trevo de Quatro Folhas uma Política Pública Municipal. Essa estratégia possui duas linhas básicas de ações: a reorganização e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao bebê no nascimento e no primeiro ano de vida; e a garantia de que as mulheres, durante a gestação e no primeiro ano de vida do seu filho, tenham todo apoio que necessitem. Atualmente, a cobertura dessa estratégia foi ampliada para atender crianças até os dois anos de idade.

Um ponto importante de atuação da Estratégia Trevo de Quatro Folhas é o monitoramento da assistência materno-infantil, com a elaboração de relatórios mensais contendo informações sobre o acompanhamento das gestantes e crianças nos Centros de Saúde da Família, importantes instrumentos de diagnóstico de problemas na atenção à saúde materno-infantil do município, permitindo a redefinição de estratégias para a melhoria dos indicadores.

O Trevo de Quatro Folhas, junto com as ações da ESF de Sobral, contribuiu para reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 29,7 em 2001, para 16,2 óbitos/mil nascidos vivos em 2006. Observou-se também uma significativa redução de óbitos maternos e fetais evitáveis, demonstrando melhoria na qualidade da assistência materno-infantil no município. Por outro lado, houve aumento no número de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e aumento no número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal. O percentual de mães em aleitamento exclusivo até o quarto mês de vida da criança, que em 2000 era de 67%, chegou a 70% em 2006. Entre os anos de 2002 e 2006, foram entregues 6.706 cestas básicas e 1.543 atuações de mães sociais junto a gestantes, parturientes, nutrizes e crianças (SILVA, 2007).

O município de Sobral tem conseguido manter uma média baixa da TMI que pode ser demonstrado na figura 01.



Fonte: PMS/SESA-SOBRAL/SIM *Dados até janeiro/2014.

Figura 01 – Evolução da TMI nos anos de 1996 a 2013, Sobral-CE, 2014.

As variações mais recentes na TMI correspondem às mudanças ocorridas no contingente de profissionais das equipes de saúde. Entretanto, o reforço nas ações desenvolvidas na Atenção Básica durante os primeiros meses de 2014, já mostram uma queda importante do número de óbitos em Sobral. Em 2013, nos quatro primeiros meses ocorreram 22 óbitos infantis, enquanto nesse mesmo período em 2014 o número de óbitos foi de 09, indicando uma forte tendência de queda.

1.6 Justificativa / Relevância

Entre as ações da AB que exercem grande impacto sobre a saúde da população destacam-se as ações de saúde da criança, que podem garantir o crescimento e o desenvolvimento saudável da população. Nesse contexto, Sales *et al* (2013) reforçam que a Atenção à Saúde da Criança, no Brasil, vem sofrendo modificações que envolvem avanços no conhecimento técnico-científico, onde as políticas públicas de saúde têm dado enfoque a vários aspectos que não envolvem apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida da população.

Dessa forma, as práticas de avaliação na ESF têm sido amplamente discutidas na literatura por meio dos elementos fornecidos em seus resultados, que possibilitam perceber as falhas, quais os aspectos a serem melhorados como forma de garantir a qualidade dos serviços oferecidos à população. Costa *et al* (2011) afirmam que há de se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos capazes de compreender de que forma e em que medida as ações e os princípios da ESF são direcionados à atenção à saúde da criança.

Justifica-se também pelo autor desse estudo ter iniciado uma trajetória na pesquisa avaliativa desde a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, quando foi realizado o trabalho de conclusão de curso, no ano de 2007, com a pesquisa intitulada “Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família de Sobral-Ce: reflexões dos trabalhadores”.

As vivências nas práticas da realidade da ESF de Sobral enquanto gerente de Centro de Saúde da Família também fez emergir a necessidade de avaliar o conjunto de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família para a saúde da criança na perspectiva de contribuir, por meio dos resultados obtidos, para a qualificação dos profissionais de saúde da família na busca da eficiência e eficácia dessas ações.

Nessa perspectiva, a avaliação da atenção disponibilizada às crianças pela ESF no município de Sobral justifica-se e é necessária, já que há pouco mais de uma década, com a mudança política e de postura da gestão municipal a melhoria da atenção à criança foi priorizada com a forte intenção de reduzir a mortalidade infantil. Com esse objetivo, foram incluídas no sistema municipal de saúde, ações prioritárias para a

melhoria dos indicadores, tanto aquelas indicadas pelo Ministério da Saúde e pactuadas com o estado, como as propostas originalmente pelo município. É importante avaliar o quanto essas ações foram realmente incorporadas na prática da AB e, principalmente, como as famílias das crianças estão percebendo e se beneficiando dessas ações.

Esta avaliação torna-se relevante, pois além de qualificar as ações já desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, poderá refletir uma mudança de postura no desenvolvimento dos trabalhadores, gestores e grupos de interesse envolvidos na busca de uma atenção à saúde da criança mais qualificada.

Além disso, ainda há poucos estudos no Brasil, sobre a avaliação da atenção à saúde da criança utilizando o PCATool.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE, na perspectiva das mães usuárias, a partir do referencial do PCATool.

2.2 ESPECÍFICOS

- Classificar as unidades de saúde avaliadas por escores de qualidade segundo o instrumento do PCATool-Brasil;
- Verificar possíveis variações da qualidade da atenção primária à saúde das crianças segundo a localização do CSF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Avaliação na APS

Avaliar é emitir juízo de valor sobre determinada intervenção, podendo ser programa, serviço ou outros, com critérios e referenciais construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão (FURTADO, 2001).

A avaliação deve ser vista como uma ferramenta de gestão para detecção das fragilidades e fortalezas das equipes e para o planejamento local, na busca da organização e gerenciamento dos recursos dando oportunidade a mudanças. Ou seja, a avaliação deve ser entendida como parte de um processo para qualificação de programas e serviços.

Ainda nessa perspectiva, Furtado (2001) afirma que a avaliação de programas e serviços pode ser vista como a terceira volta do parafuso, ou seja, após a implantação do programa, o processo avaliativo surgirá mais à frente, quando os pressupostos e ações serão confrontados com a prática, surgindo questionamentos sobre pontos críticos gerando informações que tragam esclarecimentos e subsidiem decisões. Neste sentido, gestão, avaliação e planejamento podem ser considerados instâncias muito próximas e convergentes.

No campo da saúde, a avaliação, segundo Donabedian (1992), pode ser classificada por meio de três dimensões, sendo a primeira, a Estrutura, que diz respeito às características relativamente estáveis das instituições, como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional. A segunda dimensão é o Processo, que envolve as relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento. Por último, a dimensão Resultado, que está relacionada com a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde da população.

Na busca da eficiência e eficácia das ações de saúde, Hartz e Silva (2008) descrevem que diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas, de forma progressiva nas últimas décadas.

Nessa perspectiva, Conill (2004) afirma que houve um saudável avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do SUS, quando comparados com as antigas práticas das instituições federais, centradas na revisão de contas médicas e no cumprimento de metas de produção ou de metas de programas verticais.

A avaliação pode ser feita a partir de ações que dizem respeito à promoção, prevenção e cura desenvolvidas pelos agentes individualmente. Pode ser feita, também, a partir dos serviços, o que corresponde a um grau de maior complexidade de organização das ações, nas quais diversos agentes articulam-se para desenvolver atividades voltadas para um grupo etário ou problema de saúde. A avaliação também é realizada nos estabelecimentos como centros de saúde, hospitais e policlínicas. Finalmente, a avaliação do sistema é o nível mais complexo de organização das práticas, que envolve todos os outros, e sua coordenação pode corresponder a um sistema municipal, estadual ou nacional (HARTZ E SILVA, 2008).

Dessa forma, Bodstein (2009) aponta que a avaliação é importante para a melhoria nos processos de tomada de decisão e reforço no conhecimento técnico na área, sobretudo na Atenção Primária, já que a responsabilidade de estados e municípios em organizar a oferta de serviços, muitas vezes resultou numa gestão sem competência para tal, necessitando de análises. Esse autor defende a necessidade de se avaliar a significativa expansão que a ESF teve no país. É preciso verificar seu impacto sobre a saúde da população e os resultados sobre seu desempenho no sistema de saúde.

Para Tanaka (2011), a avaliação da AB é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão envolvendo as dimensões medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão. Portanto, considera-se que a avaliação é um instrumento político em busca de poder para modificar e influenciar a direcionalidade e a velocidade da atenção à saúde. Ou seja, pode ser considerada como fundamental para a reorganização dos serviços e ações visando obter melhores resultados para a saúde da população.

Várias publicações apresentam avaliações da Atenção Básica no Brasil, destacando-se os trabalhos de Macinko; Guanais e Souza (2005), Macinko *et al* (2011), Aquino, Oliveira e Barreto (2009) e Lima (2012).

Nessa perspectiva, em um estudo realizado com objetivo de avaliar os cinco anos de implantação da ESF em um município de Minas Gerais, Guedes *et al* (2007) obtiveram resultados satisfatórios no que tange aos indicadores de saúde de uma comunidade após à implantação da ESF. Esse estudo mostrou ainda resultados estatisticamente significativos de melhoria da saúde da comunidade, com diminuição considerável do número de internações hospitalares, além do aumento do número de ações de saúde da mulher e da criança, da busca ativa de casos, da adesão aos programas de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e DST, bem como a atuação da equipe na prevenção de doenças e promoção da saúde. Esse estudo, concluiu que é necessário atenção especial para a implantação das equipes da ESF nos municípios, qualificando os profissionais e ampliando a possibilidade de atenção preventiva, visando ao atendimento integral aos indivíduos.

Macinko, Guanais e Souza (2005) fizeram uma avaliação do impacto do Programa Saúde da Família sobre a mortalidade infantil no Brasil. Como principal resultado, os autores relatam que, de 1990 a 2002, a mortalidade infantil reduziu de 49,7 para 28,9/1000 nascidos vivos. Durante o mesmo período a cobertura do PSF aumentou de 0% a 36%, mostrando que um aumento de 10% na cobertura de PSF foi associado a uma diminuição de 4,5% no coeficiente de mortalidade infantil. É possível concluir que a Estratégia Saúde da Família está associada com a redução da mortalidade infantil e que esta estratégia é um importante fator, embora não seja o único, contribuinte para diminuir a mortalidade infantil no Brasil.

Roncalli e Lima (2006) realizaram um estudo, entre os anos de 2000 a 2004, que teve como objetivo avaliar o impacto do PSF sobre indicadores relacionados à saúde da criança em quatro municípios com mais de 100 mil habitantes da região Nordeste. Foram analisados indicadores de cobertura vacinal para DPT em crianças menores de 01 ano, óbitos em menores de 01 ano, taxa de internação por infecção respiratória aguda em crianças menores de 05 anos, taxa de internação por diarreia em crianças menores de 05 anos e baixo peso ao nascer. Ao final do estudo, chegaram à conclusão que o PSF, tomando como base os quatro municípios, exerceu pouco impacto sobre os agravos estudados, destacando-se apenas a redução da taxa de internação por diarreia. Em relação a esta, também houve redução significativa proporcionada pelo PACS, não trazendo o PSF adicional de redução. Para as outras taxas citadas não houve diferença

entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, mesmo quando incorporado a esse último à cobertura pelo PACS. Entretanto, esse mesmo estudo mostrou que no município de Sobral houve significativa redução da taxa de mortalidade infantil em sete anos de implantação do PSF, com redução da mortalidade neonatal e pós-neonatal.

Já Luppi *et al* (2011), a partir de alguns estudos de avaliação da implantação da ESF realizados de 2002 a 2008 em várias regiões do Brasil, mostraram melhora dos indicadores processuais de saúde, com vários pontos positivos, tais como melhoria no relacionamento das equipes, efeitos positivos na integralidade e custos menores. Foram identificados também, alguns problemas como a existência de vários graus de implantação da ESF, modelos de organização da atenção primária diversos, inexistência de referência ambulatorial especializada, problemas no acesso, visitas domiciliares feitas apenas por agentes comunitários de saúde, capacitação profissional deficiente, deficiência no trabalho intersetorial, rotatividade na composição das equipes, resistências dos médicos ao PSF e/ou APS, dificultando o alcance dos resultados.

Em 2007, Silva realizou um estudo que avaliava, a partir da percepção das mães, a atenção e o cuidado aos seus filhos, no município de Sobral-Ceará, tendo os seguintes resultados: 95% delas sabiam o nome dos profissionais (médico ou enfermeiro) que as atenderam e 95% afirmaram que o profissional deu orientações durante as consultas. Como aspecto positivo, as mães sabiam valorizar a escuta atenciosa e o atendimento diferenciado, porém, como ponto negativo uma mãe manifestou sentir falta de maior orientação. No entendimento de algumas mães, a atenção à criança deveria ser realizada por um médico pediatra. Houve o reconhecimento das equipes em garantir a referência e contrarreferência aos serviços especializados pelas famílias.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde vem, nos últimos anos, dando grande importância à avaliação das políticas e programas de saúde no Brasil com o objetivo de analisar, perceber a viabilidade e o impacto das ações desses programas para a população assistida, e ainda, de promover tomadas de decisões mediante os resultados obtidos com os processos avaliativos.

Uma estratégia recente de avaliação na AB foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011, que é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) visando a avaliação da ESF em todo o país. O PMAQ é composto por quatro fases: a adesão, o

desenvolvimento (as Equipes de Saúde da Família fazem sua autoavaliação), a avaliação externa (realizada por instituições de ensino, objetivando melhorar os serviços oferecidos nas unidades de saúde) e por último a fase de reconstrutualização. (BRASIL, 2011).

Esse programa é fruto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos. Tem como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Além de objetivos específicos, o PMAQ também tem diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento, como caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. Outro aspecto importante a se destacar desse programa é a presença de desafios para a qualificação da AB (BRASIL, 2012a).

No final do ano de 2013, foi dado início ao segundo ciclo do PMAQ, onde os municípios fizeram a reconstrutualização com a realização da autoavaliação e adequação das estruturas físicas dos CSF. Já no início do ano de 2014, esses municípios receberam as equipes de avaliação externa.

3.2 Primary Care Assessment Tool – PCATool

No ano de 2000, na Universidade de Johns Hopkins, nos Estados Unidos, o grupo de Bárbara Starfield e colaboradores apresentaram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool – PCATool.

O PCATool foi elaborado com base na proposta de avaliação de qualidade de Donabedian e permite avaliar, por meio da experiência dos usuários e dos provedores do cuidado, a extensão dos quatro atributos essenciais e de dois atributos derivados da atenção primária nos serviços de atendimento, “promovendo medida de base individual sobre a estrutura e o processo de atenção nesse nível de atenção” (BRASIL, 2010).

No Brasil, esse instrumento foi validado pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, passando por um processo de tradução; tradução inversa; adaptação; debriefing; e validação de conteúdo e de construto e análise de confiabilidade (HARZHEIM *et al*, 2006).

O Ministério da Saúde, no ano de 2010, adotou essa ferramenta como um dos métodos de avaliação da AB, divulgando as orientações para sua aplicação e para o cálculo dos escores. A versão brasileira validada e adaptada à realidade brasileira recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil.

Esse instrumento é composto por três versões (Adulto, Criança e Profissionais de Saúde) com perguntas organizadas de acordo com cada atributo da APS (Essenciais: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade; e Derivados: Orientação Familiar e Orientação Comunitária). Para cada atributo essencial, o instrumento contém um componente relacionado à estrutura e outro ao processo do cuidado à saúde. Além do cálculo dos escores de cada um dos atributos separadamente, é possível o cálculo de um escore geral, que engloba os quatro atributos essenciais e dois atributos derivados, e de um escore essencial, envolvendo apenas os quatro atributos essenciais. Dessa forma, com esse instrumento é possível obter mais evidências sobre a efetividade da Atenção Básica e avaliar os efeitos das mudanças introduzidas pela Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Melo (2012) descreve que para medir a atenção ao primeiro contato utiliza-se a acessibilidade (elemento estrutural) e a utilização do serviço (elemento processual). A medida da longitudinalidade é feita pela capacidade do CSF em definir a população eletiva (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual). A integralidade é verificada pela disponibilização de todos os serviços necessários ao usuário (variedade de serviços – elemento estrutural) e o reconhecimento oportuno dos problemas (elemento processual). Para a coordenação, observa-se a continuidade do cuidado (elemento estrutural) além do reconhecimento de problemas (elemento processual).

A avaliação por meio do PCATool-Brasil pode ser aplicada, em diferentes contextos, com o objetivo de conhecer o efeito das intervenções políticas e programas que visem a organização da atenção primária (SHI, STARFIELD; JIAHONG, 2001).

O PCATool pode ser utilizado com o objetivo de avaliação e monitoramento da qualidade da Atenção Primária a ser incorporado na rotina tanto das equipes de saúde da família quanto da gestão da APS, possibilitando identificar aspectos relacionados à estrutura e processo que necessitariam de uma reafirmação ou reformulação para a promoção da qualidade das ações da APS (BRASIL, 2010).

Harzheim *et al* (2006), em outro estudo que avaliou a consistência interna e a confiabilidade do PCATool versão criança para avaliação na atenção primária, relataram que este instrumento foi utilizado em diferentes contextos nos Estados Unidos, possibilitando uma forma consistente de avaliar e investigar a relação entre os atributos da atenção primária à saúde, a utilização dos serviços e os resultados em saúde.

Castro (2009) aplicou o instrumento para estudar a percepção de médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do idoso em diferentes serviços de atenção primária de Porto Alegre.

No município de Sobral, Melo (2012) realizou um estudo utilizando este instrumento, porém não foi usada a versão criança, somente as versões para os profissionais e para os usuários de serviços de saúde. Harzheim *et al* (2006) consideram que o PCATool permite, por meio da experiência dos cuidadores das crianças, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações.

A opção de utilizar o PCATool nessa pesquisa foi por não existirem muitos estudos avaliativos utilizando esse instrumento e que, apesar das suas limitações, vários autores enfatizam que esta é uma ferramenta valiosa para compreender os principais aspectos da AB.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e avaliativa. Hartz e Silva (2008) classificam este tipo de estudo correspondendo à análise das práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planejada tais como políticas, programas e serviços de saúde.

Minayo *et al* (2006) descrevem que uma avaliação deve contemplar como princípios fundamentais: Utilidade – trazer benefício a todos os que dela participam; Viabilidade – ser do interesse de quem financia um programa, de quem o gerencia, de quem o aplica e de todos os participantes; Ética – acontecer dentro de um ambiente de respeito entre todas as partes envolvidas; e Precisão – ter parâmetros científicos, técnicos e levar em conta o contexto onde ocorre o programa social.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em Sobral, município situado na Região Noroeste do Ceará, cuja população em 2010 correspondia a aproximadamente 190.000 habitantes (BRASIL e IBGE, 2013).

O sistema de saúde local está estruturado com os seguintes equipamentos assistenciais:

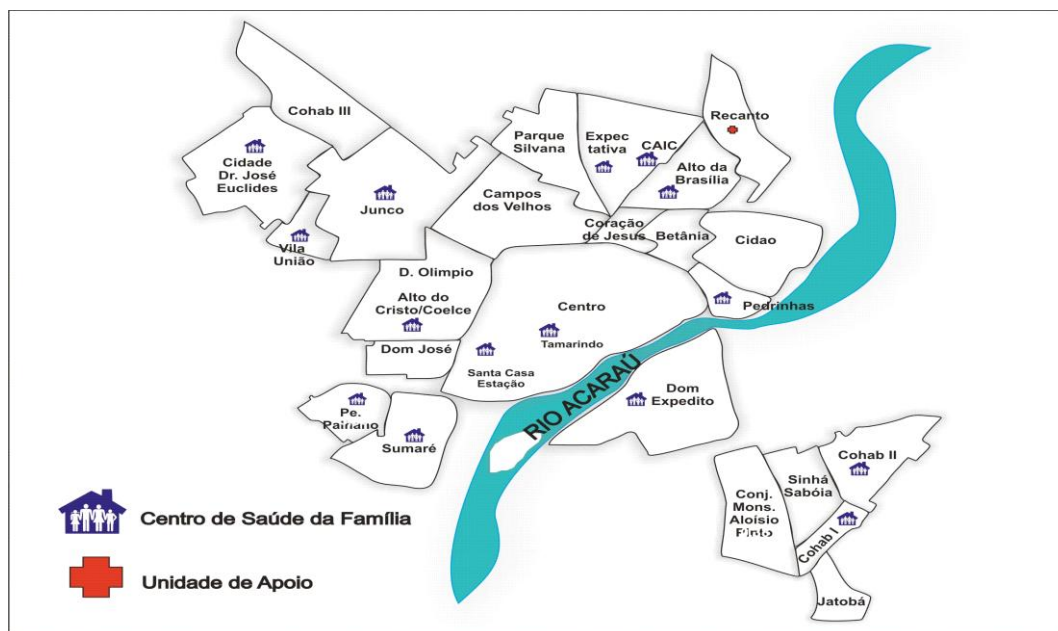
Atenção Primária – 57 equipes de saúde da família em 27 CSF, distribuídos em quatro macroáreas de saúde, sendo 14 localizados na sede e 13 na zona rural, além de 06 equipes de NASF.

As macroáreas de saúde são compostas por CSF da sede e distritos com uma média de 16 equipes de Saúde da Família (SF) cada uma. A divisão dos CSF nas macroáreas respeita características semelhantes entre si, como localização geográfica, condições socioeconômicas do território e da população, entre outras. Encontram-se organizadas da forma descrita a seguir.

- Macroárea 01: Aracatiaçu, Aprazível, Baracho/São Francisco, Bilheira, Bonfim, Caracará/Patos, Jaibaras, Jordão, Rafael Arruda, Taperuaba, Torto, todos localizados em distritos;
- Macroárea 02: Coelce/Alto do Cristo, Junco, Padre Palhano, Sumaré, Vila União, todos localizados na sede do município;
- Macroárea 03: Alto da Brasília, CAIC/Novo Recanto, Estação, Expectativa, Pedrinhas, Tamarindo, todos localizados na sede do município;
- Macroárea 04: Cohab 2, Dom Expedito, Sinhá Saboia, localizados na sede do município, além de Caioca/Salgado dos Machados e Patriarca, localizado em distritos

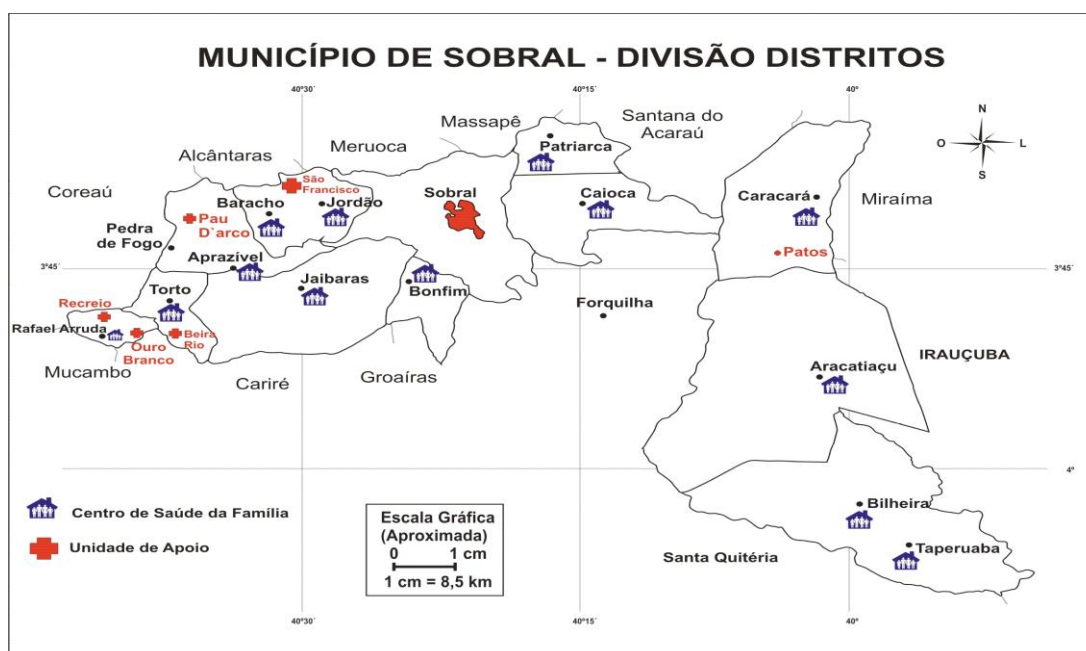
Os 27 CSF do município adotam a ESF como modelo de organização da APS, seguindo as determinações do Ministério da Saúde, por meio de ações de saúde da criança, saúde da mulher, atenção à hipertensão, ao diabetes, à tuberculose e à hanseníase, visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e demais ações norteadas pelas necessidades do território.

A distribuição geográfica dos CSF da sede e distritos do município está apresentada nas figuras 2 e 3.



Fonte: Secretaria da Saúde de Sobral - CE

Figura 2 - Mapa da Sede de Sobral segundo a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio, Sobral-CE, 2013.



Fonte: Secretaria da Saúde de Sobral - CE

Figura 3 - Mapa dos distritos de Sobral segundo a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio, Sobral-CE, 2013.

Atenção Especializada – Centro de Especialidades Médicas (CEM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Infectologia, Centro de Reabilitação Física;

Rede de Atenção Psicossocial – Centro de Atenção Psicossocial Geral e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Residência Terapêutica;

Rede de Urgência e Emergência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Hospital Regional Norte, Hospital e Maternidade Dr. Estêvam Ponte;

Rede Hospitalar – Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Hospital Regional Norte, Hospital e Maternidade Dr. Estêvam Ponte, Unidade Mista Dr. Tomaz Corrêa Aragão.

4.3 População / Amostra

A população do estudo foi composta por mães de crianças menores de 02 anos de idade dos territórios dos Centros de Saúde da Família da sede e dos distritos.

Estavam cadastradas 4949 crianças menores de 02 anos de idade na ESF de Sobral, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de julho de 2013, conforme distribuição nos quadros a seguir.

CSF	Número de crianças < 2 anos de idade cadastradas nos CSF da Sede	CSF	Número de crianças < 2 anos de idade cadastradas nos CSF da Sede
Alto da Brasília	170	Padre Palhano	289
Caic	249	Pedrinhas	77
Coelce	472	Sinha Sabóia	305
Cohab 2	216	Sumaré	130
Dom Expedito	206	Tamarindo	99
Estação	107	Terrenos Novos	418
Expectativa	306	Vila União	263
Junco	453	Total	3760

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica. Julho de 2013. Sobral-CE

Quadro 1. Distribuição da população de crianças menores de 02 anos cadastradas por CSF de Sede, Sobral-CE, 2013.

CSF	Número de crianças < 2 anos de idade cadastradas nos CSF dos Distritos	CSF	Número de crianças < 2 anos de idade cadastradas nos CSF dos Distritos
Aprazível	134	Jaibaras	241
Aracatiaçu	111	Jordão	111
Baracho	73	Patriarca	71
Bilheira	23	Rafael Arruda	90
Bonfim	66	Taperuaba	73
Caioca	79	Torto	34
Caracará	83	Total	1189

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica. Julho de 2013. Sobral-CE

Quadro 2. Distribuição da população de crianças menores de 02 anos cadastradas por CSF de Distritos, Sobral-CE, 2013.

Como critérios de inclusão na pesquisa, foram consideradas mães com mais de 18 anos de idade e com tempo de utilização do serviço avaliado de no mínimo 06 meses, considerado para o estudo como o tempo mínimo para a constituição de vínculo entre a família e a equipe de SF. O critério de exclusão adotado foi, portanto, a utilização do serviço por um período inferior a 06 meses.

Para a definição da amostra de mães de crianças, foi utilizada a seguinte fórmula para cálculo em população finita desenvolvida por Cochran (1977):

$$n = \frac{N \sum N_h P_h Q_h}{N^2 V + \sum N_h P_h Q_h}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra.

N = Quantidade de elementos no universo = 4979 crianças

N_h = Variável normal padronizada associada ao nível de confiança = 3,84.

$$V = \left(\frac{\varepsilon}{t} \right)^2 \rightarrow \text{Variância Fixa, para o cálculo do tamanho amostral (n)}$$

$\sum$ = Erro amostral fixado em 4%.

$Z\alpha$ = Valor tabelado da distribuição, ao nível de significância de 5% ($Z_{0,05} = 1,96$).

P_h = Proporção de elementos com o atributo no estrato h .

Q_h = Proporção de elementos sem o atributo no estrato h .

A amostra calculada foi de 300 mães de crianças menores de 02 anos de idade, admitindo-se só uma criança por mãe entrevistada.

A divisão da amostra por CSF foi realizada respeitando a proporcionalidade da população em relação à amostra calculada, como descrito no quadro a seguir:

LOCALIDADE	AMOSTRA	LOCALIDADE	AMOSTRA
Alto da Brasília	8	Aprazível	4
Caic	15	Aracatiaçu	9
Coelce	30	Baracho	4
Cohab 2	10	Bilheira	3
Dom Expedito	7	Bonfim	3
Estação	5	Caioca	4
Expectativa	15	Caracará	4
Junco	36	Jaibaras	12
Padre Palhano	18	Jordão	4
Pedrinhas	6	Patriarca	4
Sinhá Sabóia	18	Rafael Arruda	5
Sumaré	18	Taparuaba	7
Tamarindo	5	Torto	3
Terrenos Novos	33	Total	300
Vila União	10		

Quadro 3. Distribuição da amostra por CSF, Sobral-CE, 2013.

4.4 Procedimentos para coleta de informações

4.4.1 Instrumentos para a coleta de dados

Para caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra foi utilizado um questionário estruturado (Anexo I) contendo as variáveis descritas no quadro 4.

Variável	Definição	Escala adotada
Idade da mãe	Idade da mãe calculada no dia da entrevista	
Escolaridade da mãe e do pai.	De acordo com o grau de escolaridade escolhido.	Sem escolaridade; Fundamental incompleto; Fundamental completo; Médio incompleto; Médio completo; Superior incompleto; Superior completo.
Renda Familiar	Renda mensal de todos os membros da família em salários mínimos	< 01 salário mínimo; 01- 02 salários mínimos; 02 – 03 salários mínimos; > 03 salários mínimos.
Quantidade de filhos	Número de filhos vivos	01 filho; 02 a 03 filhos; 04 a 05 filhos; Acima de 06 filhos.
Quantidade de pessoas da casa	Número de pessoas que residem na casa da criança	Até 03 pessoas; De 04 a 06 pessoas; Mais de 06 pessoas.
Situação do domicílio	Circunstância do imóvel da família	Próprio; Alugado; Cedido; Ocupado; Outro; Não sabe.
Tipo de construção	Condição do imóvel da família	Alvenaria; Taipa; Mista; Taipa revestida; Outro.
Energia elétrica	Presença de energia elétrica no imóvel	Sim; Não.
Água encanada	Presença de água encanada no imóvel	Sim; Não.
Tratamento da água	Tipo de tratamento dado a água para o consumo da família.	Filtrada; Fervida; Coada; Nenhum; Outro.
Instalações sanitárias	Tipo de instalações sanitárias do imóvel.	Banheiro; Fossa higiênica; Não possui; Não sabe.

Quadro 4 – Variáveis Independentes

Para a coleta das informações da avaliação dos serviços foi utilizado o questionário Primary Care Assessment Tool (PCATool) (Apêndice 1) desenvolvido por

Barbara Starfield e colaboradores, validado no Brasil, de acordo com o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde, utilizando a versão para criança (BRASIL, 2010).

O instrumento contempla os 5 atributos da APS propostos por Starfield (2002) que são classificados em Essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade) e Derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária). Cada atributo contém 2 componentes com um total de 55 itens relacionados a estes 10 componentes, conforme demonstrado no quadro 5.

Variável	Escala Adotada
Acesso de Primeiro Contato (BC): Utilização (Processo) (B); Acessibilidade (Estrutura) (C).	Baixa Orientação Forte Orientação
Longitudinalidade (AD): Grau de Afiliação (Estrutura) (A); Vínculo** (Processo) (D).	Baixa Orientação Forte Orientação
Coordenação (EF): Integração de Cuidados (Processo) (E); Sistema de Informações (Estrutura) (F).	Baixa Orientação Forte Orientação
Integralidade (GH) Serviços Disponíveis (Estrutura) (G) Serviços Prestados (Processo) (H)	Baixa Orientação Forte Orientação
Orientação Familiar (I)	Baixa Orientação Forte Orientação
Orientação Comunitária (J)	Baixa Orientação Forte Orientação
Escores $\geq 6,6$ – forte orientação para APS; Escores $< 6,6$ – Baixa orientação para APS.	

Fonte: Ferrer, APS – 2013.

Quadro 5 – Variáveis Dependentes*

* As definições das variáveis são as contidas no PCATool conforme descrito no referencial teórico.

** Ferrer (2013) em seu estudo, devido a esse componente ser denominado Longitudinalidade (D), para não confundir com o atributo Longitudinalidade (AD), optou por utilizar o termo Vínculo, sendo também adotado em nosso estudo.

Esse instrumento possui respostas em escala de escores do tipo Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim).

4.4.2 Processamento da coleta de dados

Os dados foram coletados nos CSF e nos domicílios das crianças por uma equipe de entrevistadores chefiada pelo autor do projeto. Essa equipe era composta pelo pesquisador e por estudantes de graduação em enfermagem, que receberam todas as informações necessárias para a aplicação correta do instrumento.

Inicialmente foi feito um teste piloto nos CSF Vila União e Dom Expedito com pessoas que não fizeram, posteriormente, parte da amostra. A coleta realizou-se no período de dezembro de 2013 a março de 2014, por meio de instrumento impresso.

Em cada CSF, a equipe de entrevistadores fazia o sorteio simples das mães a serem entrevistadas a partir do cadastro dos ACS. Em seguida, os entrevistadores iam às casas das mães sorteadas para a realização da entrevista. Quando não era atingido o número definido para cada CSF, por não se encontrar a mãe, eram abordadas, de forma aleatória, as mães que estavam em sala de espera aguardando por atendimento de seus filhos. Depois de realizadas as entrevistas, as informações obtidas passaram por dupla digitação por pessoas diferentes.

4.5 Apresentação e análise dos resultados

O banco de dados foi construído tanto no software EPI INFO, como na plataforma SPSS V.10 para posterior análise.

Para a análise, primeiro houve o agrupamento dos CSF por localização na sede ou nos distritos.

Para o cálculo dos escores de cada atributo ou de seus componentes foi utilizada a média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo e cada

componente (BRASIL, 2010). Dessa forma, foram utilizados os seguintes passos para o cálculo dos escores.

1 – Respeitando as orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde quanto ao cálculo dos escores, com relação ao instrumento aplicado aos pais de crianças deve-se fazer uma inversão de valores nos itens C2, C4, C5 e D11, pois foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Portanto, devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4) (BRASIL, 2010).

2 – Nos casos em que o entrevistado tiver mais de 50% de respostas “9” (“não sei / não lembro”), o escore deste componente não deverá ser calculado. Quando a soma de respostas “9” (“não sei / não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” deverá ser convertido para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010).

3 – Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula: $[\text{escore obtido} - 1 \text{ (valor mínimo)}] \times 10 / 4 \text{ (valor máximo)} - 1 \text{ (valor mínimo)}$.

4 – Os valores dos escores foram definidos como:

Escore $\geq 6,6$: Forte orientação à APS;

Escore $< 6,6$: Baixa orientação à APS.

A análise das respostas dadas foi elaborada calculando-se as médias e intervalos de confiança ajustadas para cada atributo da APS, fazendo as comparações entre os grupos de acordo com o Manual PCATool - Brasil (BRASIL, 2010).

O teste Mann-Whitney foi utilizado para análise dos cruzamentos entre as variáveis: localização geográfica e os itens referentes aos atributos da APS.

Os resultados estão apresentados por meio de gráficos contendo os grupos e as variações dos atributos da APS.

4.6 Princípios éticos

Como postura ética ao realizar pesquisas com seres humanos, o projeto do estudo, foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral para obtenção da autorização da referida instituição e após sua anuência foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Após apreciação do CEP, o estudo foi autorizado e liberado para a coleta de dados por meio do N° CAAE 20488913.2.0000.5053 de 20 de dezembro de 2013 (Anexo II).

No que concerne aos sujeitos que aceitaram participar do estudo, foi empregado um termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando a resolução 466/12, que garante aos sujeitos o anonimato e o direito de retirar-se da pesquisa quando assim for de seu interesse (Apêndice II).

5 Resultados

5.1 Caracterização

Da amostra prevista de 300 mães de crianças com idade de 6 meses a 1 ano e 11 meses, foram validadas 293 entrevistas, sete entrevistas (quatro do Jaibaras, duas do Junco e uma da Coelce) foram excluídas por apresentarem inconsistências em suas respostas, verificadas somente durante a fase de análise de dados. A distribuição da amostra por CSF está apresentada nos quadros 6 e 7.

CSF	AMOSTRA	CSF	AMOSTRA
Alto da Brasília	08	Padre Palhano	18
Caic	15	Pedrinhas	06
Coelce	29	Sinha Sabóia	18
Cohab 2	10	Sumaré	18
Dom Expedito	07	Tamarindo	05
Estação	05	Terrenos Novos	33
Expectativa	15	Vila União	10
Junco	34	Total	231

Quadro 6. Distribuição da amostra por CSF da sede, Sobral-CE, 2014.

CSF	AMOSTRA	CSF	AMOSTRA
Aprazível	04	Jaibaras	08
Aracatiaçu	09	Jordão	04
Baracho	04	Patriarca	04
Bilheira	03	Rafael Arruda	05
Bonfim	03	Taperuaba	07
Caioca	04	Torto	03
Caracará	04	Total	62

Quadro 7. Distribuição da amostra por CSF dos distritos, Sobral-CE, 2014.

O perfil das mães entrevistadas, de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas, está descrito na tabela 1.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Idade da mãe (em anos)						
16 a 20 anos	41	18,0	10	15,4	51	17,4
21 a 25 anos	76	33,6	24	36,9	100	34,1
26 a 30 anos	43	18,8	15	23,1	58	19,8
31 a 35 anos	48	21,0	7	10,8	55	18,8
36 a 40 anos	17	7,4	5	7,7	22	7,6
41 a 45 anos	1	0,4	3	4,6	4	1,4
46 a 50 anos	0	0,0	1	1,5	1	0,3
51 a 55 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
56 a 60 anos	1	0,4	0	0,0	1	0,3
Mais de 60 anos	1	0,4	0	0,0	1	0,3
Total	228	100	65	100	293	100
Escolaridade da mãe						
Analfabeto	1	0,4	1	1,6	2	0,7
Ensino Fundamental Incompleto	56	24,1	10	15,9	66	22,3
Ensino Fundamental Completo	23	10,1	8	12,7	31	10,7
Ensino Médio Incompleto	54	23,2	10	15,9	64	21,6
Ensino Médio Completo	81	35,1	24	38,1	105	35,7
Ensino Superior Incompleto	7	3,1	3	3,2	10	3,1
Ensino Superior Completo	4	1,3	6	9,5	10	3,1
Não sabe	2	0,9	3	3,2	5	1,4
Renda Familiar						
< 01 salário mínimo	38	16,7	8	11,1	46	15,5
01 - 02 salários mínimos	91	39,5	30	47,6	121	41,2
02 - 03 salários mínimos	87	38,2	23	36,5	110	37,8
> 03 salários mínimos	4	1,8	4	4,8	8	2,4
Não sabe	9	3,9	0	0,0	9	3,1
Quantidade de Filhos						
01	101	44,3	32	49,2	133	45,4
02 a 03	105	46,1	27	41,5	132	45,1
04 a 05	19	8,3	4	6,2	23	7,8
Acima de 05	3	1,3	2	3,1	5	1,7

Tabela 1. Perfil das mães entrevistadas de acordo com as variáveis: idade da mãe, escolaridade e quantidade de filhos distribuídos segundo a localização do CSF de referência, Sobral-CE, 2014.

A maioria das participantes da pesquisa tinha entre 21 e 25 anos, (34,1%), sendo que 76 (33,6%) moravam na sede do município e 24 (36,9%) nos distritos.

Vale ressaltar a presença de duas mães com idade acima de 56 anos, sendo as duas mães adotivas. No primeiro caso, a avó adotou o neto, pois a mãe biológica é portadora de esquizofrenia, portanto não tendo condições de cuidar da criança. Já no segundo caso, a criança foi adotada também pela avó devido à morte da mãe logo após o parto da filha.

Em relação à escolaridade da mãe, 105 entrevistadas (35,7%) tinham feito o ensino médio completo, sendo que, 81 (35,1%) moravam na sede e 24 (38,1%) eram moradoras dos distritos de Sobral. Apenas 10 (3,1%) mães tinham ensino superior completo, 6 (9,5%) no distrito e 4 (1,3%) na sede. Não tinham o fundamental completo 66 mães, sendo 56 na sede e 10 no distrito.

Para a renda familiar, 110 (37,8%) famílias tinham renda entre 2 e 3 salários mínimos, sendo 91 (39,5%) residentes na sede e 30 (47,6%) nos distritos. Abaixo de 1 salário mínimo haviam 46 mães (15,5%) , 38 (16,7%) na sede e 8 (11,1%) nos distritos.

Das mães que participaram do estudo, 133 (45,4%) tinham somente 01 filho, 101 (44,3%) residiam na sede do município e 32 (49,2%) eram residentes dos distritos, enquanto 132 (45,1%) tinham de 2 a 3 filhos, sendo 105 (46,1%) da sede e 27 (41,5%) dos distritos.

A tabela 2 mostra o perfil das mães entrevistadas pelas condições das habitações.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Nº de pessoas da casa						
Até 03 pessoas	66	28,9	19	29,2	85	29,1
De 04 a 06 pessoas	137	60,1	36	55,4	173	59,0
Mais que 06 pessoas	25	11,0	10	15,4	35	11,9
Situação do Domicílio						
Próprio	114	50,0	49	76,2	163	55,7
Alugado	97	42,5	12	19,0	109	37,5
Cedido	18	7,5	3	4,8	21	6,9
Ocupado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tipo de Construção						
Alvenaria	181	78,5	49	77,8	230	78,4
Taipa	7	3,1	3	4,8	10	3,4
Mista	6	2,6	2	3,2	8	2,7
Taipa revestida	27	11,8	8	12,7	35	12,0
Outro	6	2,6	0	0,0	6	2,1
Não sabe	3	1,3	1	1,6	4	1,4
Energia Elétrica						
Sim	229	99,6	63	98,4	291	99,3
Não	1	0,4	1	1,6	2	0,7
Água Encanada						
Sim	210	91,7	60	93,7	270	92,1
Não	3	1,3	1	1,6	4	1,4
Não respondeu	16	7,0	3	4,8	19	6,5
Tratamento da Água						
Filtrada	144	63,2	45	71,4	189	64,9
Fervida	3	1,3	3	3,2	6	1,7
Coadada	9	3,5	5	7,9	14	4,5
Outro	37	16,2	8	12,7	45	15,5
Nenhum	36	15,8	3	4,8	39	13,4

Tabela 2. Perfil das mães entrevistadas de acordo com as condições da habitação distribuídas segundo a localização do CSF de referência, Sobral- CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Instalações sanitárias						
Banheiro	207	90,8	55	87,3	262	90,0
Fossa higiênica	20	8,3	3	4,8	23	7,6
Não possui	0	0,0	3	4,8	3	1,0
Não sabe	3	0,9	2	3,2	5	1,4

Continuação Tabela 2. Perfil das mães entrevistadas de acordo com as condições da habitação distribuídas segundo a localização do CSF de referência, Sobral- CE, 2014.

Quanto à situação de moradia das famílias, 230 casas (78,4%) eram de alvenaria, 181 (78,5%) na sede e 49 (77,8%) nos distritos. A energia elétrica estava presente em 291 casas (99,3%) e somente 02 casas, sendo uma na sede e outra no distrito, não dispunham de energia elétrica porque estavam localizadas em área de invasão, onde a empresa de energia não permite a ligação.

Das mães entrevistadas, 270 (92,3%) responderam ter água encanada em suas casas, sendo 210 (91,7%) na sede e 60 (93,7%) nos distritos. Em relação ao tratamento dado à água para o consumo, observou-se que 189 (64,9%) das famílias consomem água filtrada e 39 (13,4%) sem nenhum tipo de tratamento sendo 36 (15,8%) na sede e 3 (4,8%) nos distritos.

Em relação às condições sanitárias das moradias, observou-se que 262 casas (90%) possuíam banheiro, das quais 207 (90,8%) estavam localizadas na sede e 55 (87,3%) nos distritos.

5.2 Análise estatística das médias de escores da APS.

A figura 4 mostra os escores médios de cada atributo da APS na avaliação das mães participantes da pesquisa e a linha de corte de classificação do Grau de Orientação à APS (Escore 6,6).

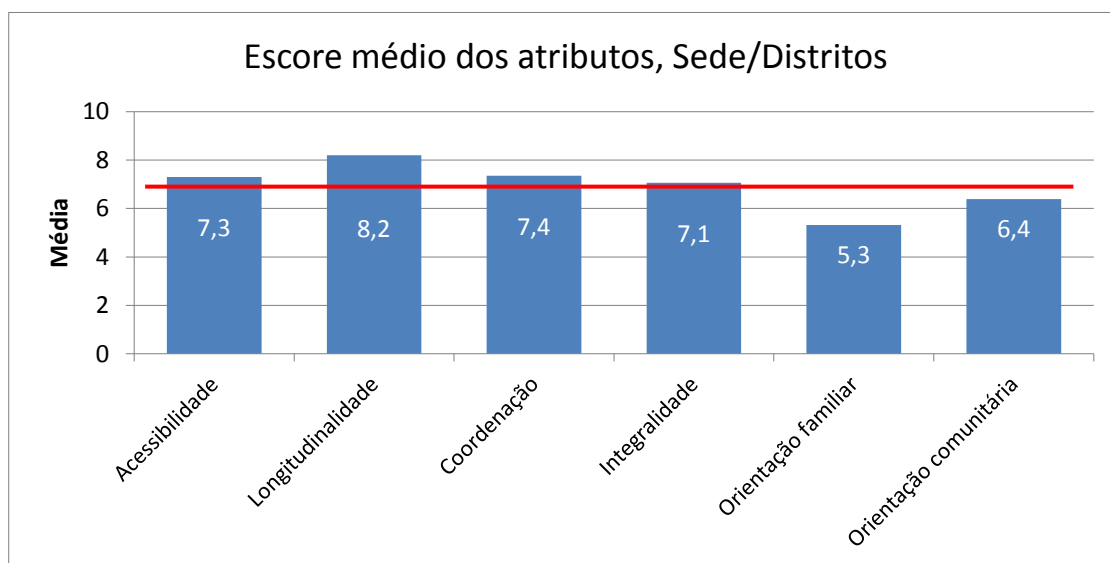


Figura 4. Escore médio dos atributos, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 3 mostra a comparação entre as médias dos escores de todos os atributos dos CSF da sede e dos distritos.

ATRIBUTOS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
Acessibilidade	7,3	1,4	7,4	1,6	0,36
Longitudinalidade	8,1	1,7	8,3	1,4	0,53
Coordenação	7,3	1,9	7,6	1,9	0,40
Integralidade	7,0	2,0	7,2	1,8	0,51
Orientação familiar	5,3	2,7	5,3	2,9	0,97
Orientação comunitária	6,4	2,5	6,3	2,2	0,52

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 3. Escore médio dos atributos, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Com os resultados da avaliação dos escores médios, a partir do teste de Mann-Whitney, pode-se verificar que nenhum dos atributos mostrou diferença significativa entre a sede e os distritos.

A representação gráfica da comparação entre o escore médio dos atributos dos CSF da sede e dos distritos de Sobral, exposta na tabela anterior é mostrada na figura 5.

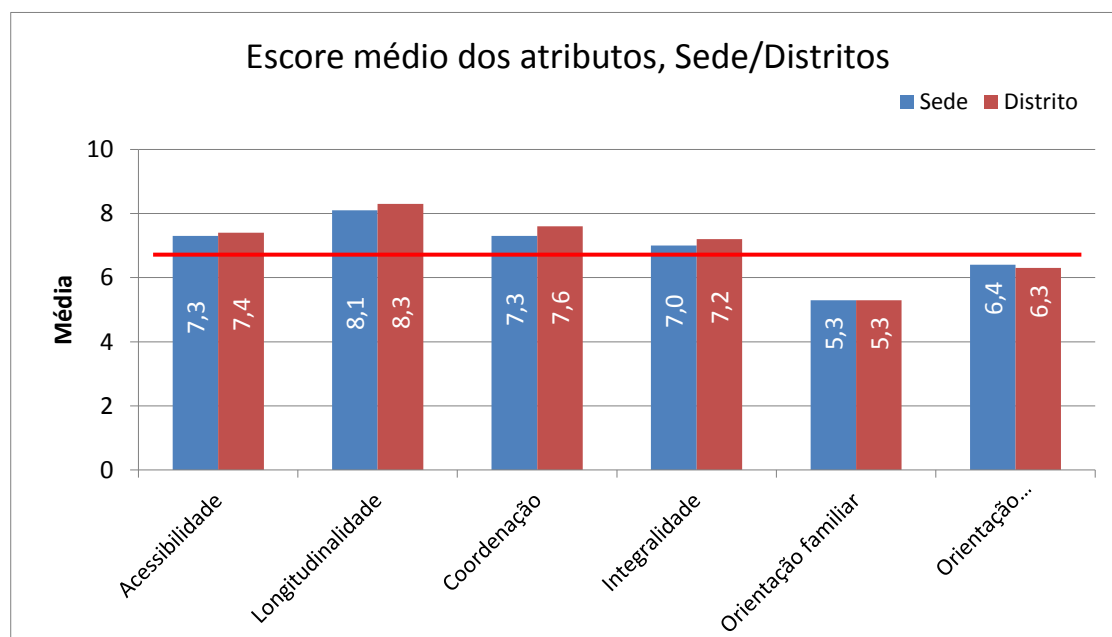


Figura 5. Escore médio dos atributos, CSF sede e distritos, Sobral-CE, 2014.

5.3 Acesso de Primeiro Contato – Componente Utilização

A figura 6 mostra a comparação da média dos escores de cada CSF obtidos também com a avaliação deste mesmo componente.

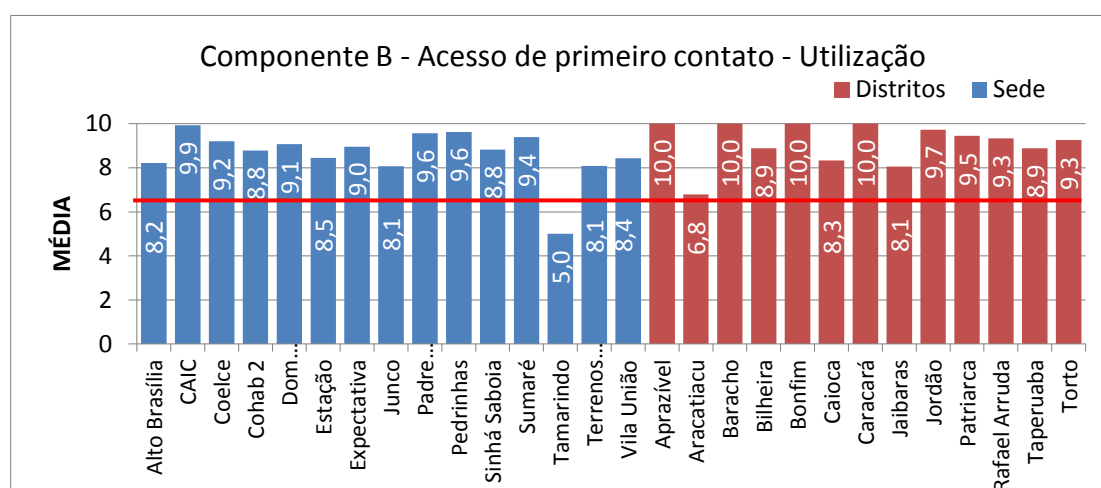


Figura 6. Média de escore de Acesso de Primeiro Contato – Utilização, CSF Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 4 mostra os resultados obtidos com a avaliação do atributo acesso de primeiro contato, no componente utilização.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
B1-Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão você vai ao seu profissional ou serviço antes de ir a outro serviço de saúde?						
Com certeza, não	3	1,3	2	3,2	5	1,7
Provavelmente, não	7	3,0	2	3,2	9	3,1
Provavelmente, sim	16	7,0	5	7,9	21	7,2
Com certeza, sim	200	87,0	54	85,7	254	86,7
Não sei/Não Lembro	4	1,7	0	0,0	4	1,4
B2-Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu profissional ou serviço de saúde antes de ir a outro serviço?						
Com certeza, não	13	5,7	4	6,3	17	5,8
Provavelmente, não	10	4,3	1	1,6	11	3,8
Provavelmente, sim	34	14,8	5	7,9	39	13,3
Com certeza, sim	173	75,2	53	84,1	226	77,1
B3-Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu profissional ou serviço de saúde tem que encaminhá-la obrigatoriamente?						
Com certeza, não	13	5,7	5	7,9	18	6,1
Provavelmente, não	6	2,6	1	1,6	7	2,4
Provavelmente, sim	35	15,2	10	15,9	45	15,4
Com certeza, sim	161	70,0	45	71,4	206	70,3
Não sei/Não Lembro	15	6,5	2	3,2	17	5,8

Tabela 4. Resultados do PCATool quanto ao Acesso de Primeiro Contato - Utilização da Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Na tabela 5, observam-se as médias relativas à avaliação do atributo acesso de primeiro contato – utilização comparando os CSF da sede e dos distritos de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
B1-Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão você vai ao seu profissional ou serviço antes de ir a outro serviço de saúde?	3,8	0,6	3,8	0,7	0,72
B2-Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu profissional ou serviço de saúde antes de ir a outro serviço?	3,6	0,8	3,7	0,8	0,16
B3-Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu profissional ou serviço de saúde tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	3,5	0,9	3,5	0,9	0,87

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.

Tabela 53. Médias relativas ao Acesso de Primeiro Contato - Utilização da Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Depois de calculadas as médias do atributo acesso de primeiro contato-utilização, nenhuma das questões apresentou diferença significativa entre a sede e os distritos.

5.4 Acesso de Primeiro Contato – Componente Acessibilidade

Na figura 7 é mostrado o resultado do cálculo da média de escores do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade nos CSF da sede e dos distritos de Sobral.

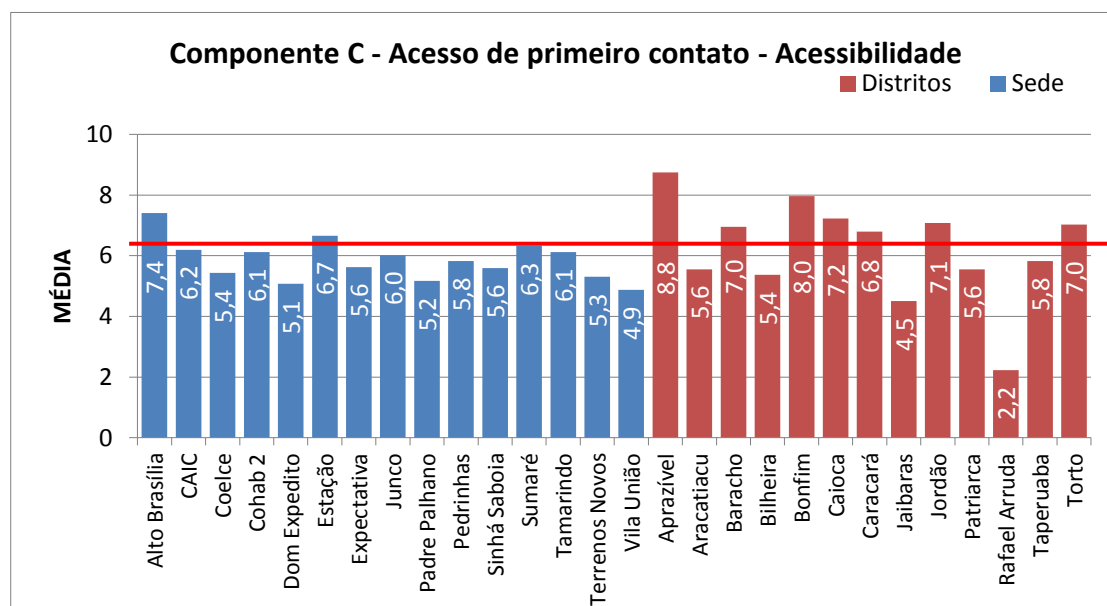


Figura 7. Média de escore de Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, CSF Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 6 expressa os resultados da avaliação de cada variável do atributo Acesso de Primeiro Contato no componente Acessibilidade comparando a sede com os distritos de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
C1-Quando o profissional ou serviço está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde atende no mesmo dia?						
Com certeza, não	7	3,0	4	6,3	11	3,8
Provavelmente, não	5	2,2	2	3,2	7	2,4
Provavelmente, sim	41	17,8	13	20,6	54	18,4
Com certeza, sim	174	75,7	44	69,8	218	74,4
Não sei/Não Lembro	3	1,3	0	0,0	3	1,0

Tabela 6. Resultados do PCATool quanto ao Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
C2-Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora com o profissional ou serviço de saúde?						
Com certeza, não	89	38,7	23	36,5	112	38,2
Provavelmente, não	28	12,2	13	20,6	41	14,0
Provavelmente, sim	55	23,9	11	17,5	66	22,5
Com certeza, sim	58	25,2	16	25,4	74	25,3
C3-É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança com o profissional ou serviço de saúde?						
Com certeza, não	29	12,6	5	7,9	34	11,6
Provavelmente, não	20	8,7	7	11,1	27	9,2
Provavelmente, sim	35	15,2	12	19,0	47	16,0
Com certeza, sim	134	58,3	38	60,3	172	58,7
Não sei/Não Lembro	12	5,2	1	1,6	13	4,4
C4-Quando você chega no profissional ou serviço de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com médico ou enfermeiro?						
Com certeza, não	24	10,4	8	12,7	32	10,9
Provavelmente, não	18	7,8	12	19,0	30	10,2
Provavelmente, sim	52	22,6	16	25,4	68	23,2
Com certeza, sim	134	58,3	27	42,9	161	54,9
Não sei/Não Lembro	2	0,9	0	0,0	2	0,7
C5-É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança com profissional ou serviço de saúde?						
Com certeza, não	112	48,7	30	47,6	142	48,5
Provavelmente, não	28	12,2	12	19,0	40	13,7
Provavelmente, sim	33	14,3	11	17,5	44	15,0
Com certeza, sim	51	22,2	9	14,3	60	20,5
Não sei/Não Lembro	6	2,6	1	1,6	7	2,4
C6-Quando o profissional ou serviço de saúde está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?						
Com certeza, não	62	27,0	26	41,3	88	30,0
Provavelmente, não	13	5,7	3	4,8	16	5,5
Provavelmente, sim	17	7,4	8	12,7	25	8,5
Com certeza, sim	46	20,0	13	20,6	59	20,1
Não sei/Não Lembro	92	40,0	13	20,6	105	35,8

Continuação Tabela 6. Resultados do PCATool quanto ao Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 7 mostra as médias relativas ao atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade com comparação entre os CSF da sede e dos distritos de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
C1-Quando o profissional ou serviço está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde atende no mesmo dia?	3,7	0,7	3,5	0,8	0,27
C2-Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora com o profissional ou serviço de saúde?	2,6	1,2	2,7	1,2	0,79
C3-É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança com o profissional ou serviço de saúde?	3,2	1,1	3,3	1,0	0,70
C4-Quando você chega no profissional ou serviço de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com médico ou enfermeiro?	1,7	1,0	2,0	1,1	0,03*
C5-É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança com profissional ou serviço de saúde?	2,9	1,2	3,0	1,1	0,63
C6-Quando o profissional ou serviço de saúde está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	2,2	1,1	2,1	1,2	0,37

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 7. Médias relativas ao Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Apenas a questão C4 mostrou diferença significativa entre a sede e os distritos. A média das respostas dos distritos foi maior que a da sede. As demais questões não apresentaram diferença significativa entre a sede e os distritos.

5.5 Longitudinalidade – Componente Grau de Afiliação

Na figura 8 é mostrada a média dos escores do Grau de Afiliação aos CSF da sede e dos distritos de Sobral.

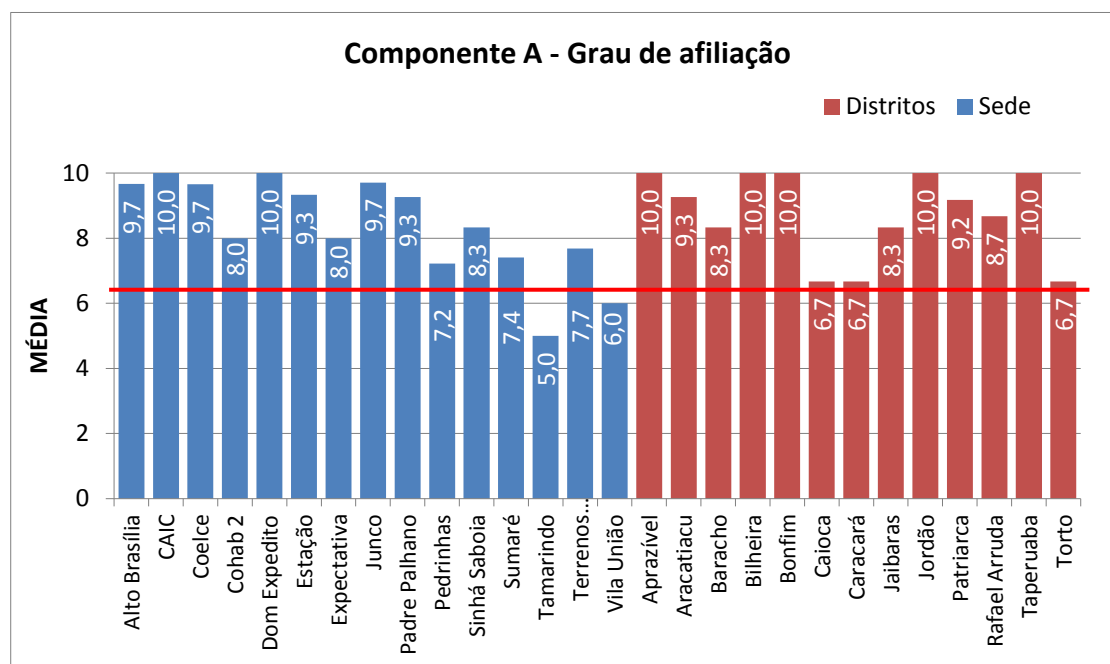


Figura 8. Média de escore do Grau de Afiliação, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 8 mostra os resultados referentes ao atributo Longitudinalidade – componente Grau de Afiliação comparando sede e distritos.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
A1-Há um profissional onde você geralmente leva sua criança quando ele está doente?						
Sim	212	92,2	63	100,0	275	93,9
Não	8	3,5	0	0,0	8	2,7
Não respondeu	10	4,3	0	0,0	10	3,4
A2-Há um profissional que conhece melhor sua criança como pessoa?						
Sim, mesmo profissional do item anterior	171	74,3	55	87,3	226	77,1
Sim, profissional diferente	11	4,8	3	4,8	14	4,8
Não	33	14,3	5	7,9	38	13,0
Não respondeu	15	6,5	0	0,0	15	5,1

Tabela 8. Resultados do PCATool quanto ao Grau de Afiliação à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
A3-Há um profissional que é mais responsável pelo atendimento de saúde de sua criança?						
Sim, mesmo que A1 e A2	171	74,3	49	77,8	220	75,1
Sim, mesmo que A1 somente	16	7,0	4	6,3	20	6,8
Sim, mesmo que A2 somente	9	3,9	1	1,6	10	3,4
Sim, diferente que A1 e A2	11	4,8	2	3,2	13	4,4
Não	21	9,1	6	9,5	27	9,2
Não respondeu	2	,9	1	1,6	3	1,0

Continuação Tabela 8. Resultados do PCATool quanto ao Grau de Afiliação à Estratégia Saúde da Família, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A maioria das mães 275 (93,9%) respondeu que havia um profissional a quem sempre levavam a criança quando ela estava doente, sem diferença estatística entre a sede e o distrito. Da mesma forma, a maioria das mães referiu ser esse o mesmo profissional que conhecia a criança e que era o responsável pelo atendimento da criança, sem diferenças entre a sede e o distrito.

5.6 Longitudinalidade – Componente Vínculo

A figura 9 apresenta as médias de escores do componente Vínculo obtidas na avaliação dos CSF da sede e dos distritos de Sobral.

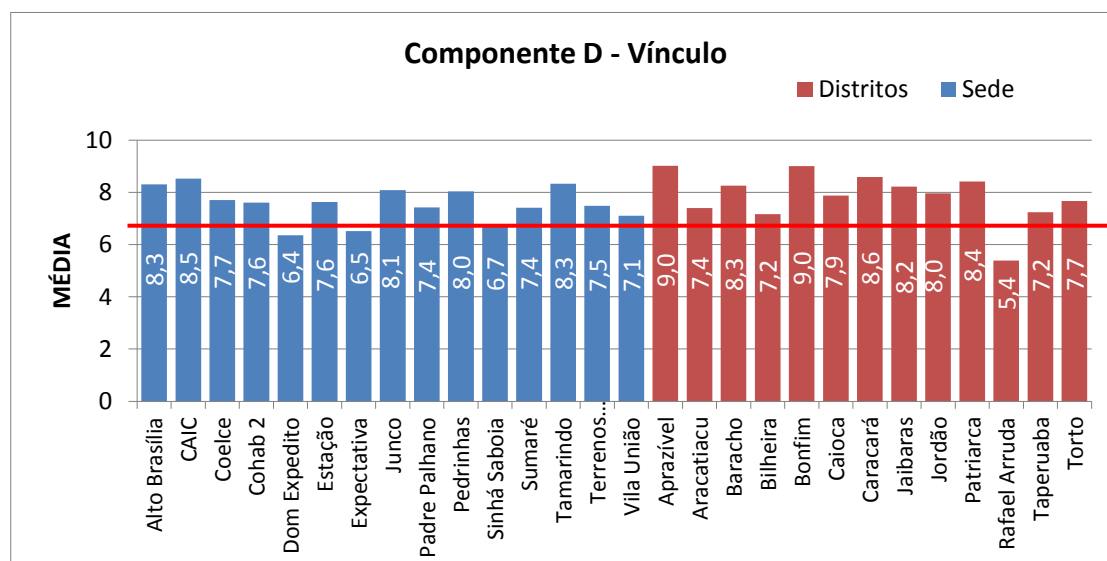


Figura 9. Média de escore de Longitudinalidade – Componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 9 mostra os resultados da avaliação do atributo Longitudinalidade no componente Vínculo para os CSF da sede e dos distritos de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
D1-Quando você vai ao profissional ou serviço de saúde, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?						
Com certeza, não	26	11,3	5	7,9	31	10,6
Provavelmente, não	21	9,1	8	12,7	29	9,9
Provavelmente, sim	28	12,2	15	23,8	43	14,7
Com certeza, sim	152	66,1	35	55,6	187	63,8
Não sei/Não Lembro	3	1,3	0	0,0	3	1,0
D2-Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o profissional ou serviço de saúde que melhor conhece sua criança?						
Com certeza, não	65	28,3	24	38,1	89	30,4
Provavelmente, não	26	11,3	8	12,7	34	11,6
Provavelmente, sim	29	12,6	8	12,7	37	12,6
Com certeza, sim	29	12,6	11	17,5	40	13,7
Não sei/Não Lembro	81	35,2	12	19,0	93	31,7

Tabela 9. Resultados do PCATool quanto ao componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
D3-Você acha que o profissional ou serviço de saúde da sua criança entende o que você diz ou pergunta?						
Com certeza, não	1	0,4	0	0,0	1	0,3
Provavelmente, não	8	3,5	1	1,6	9	3,1
Provavelmente, sim	22	9,6	10	15,9	32	10,9
Com certeza, sim	198	86,1	52	82,5	250	85,3
Não sei/Não Lembro	1	0,4	0	0,0	1	0,3
D4-O profissional ou serviço de saúde responde suas perguntas de maneira que você entenda?						
Com certeza, não	1	0,4	1	1,6	2	0,7
Provavelmente, não	5	2,2	1	1,6	6	2,0
Provavelmente, sim	17	7,4	11	17,5	28	9,6
Com certeza, sim	206	89,6	49	77,8	255	87,0
Não sei/Não Lembro	1	0,4	1	1,6	1	0,3
D5-O profissional ou serviço de saúde lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?						
Com certeza, não	5	2,2	0	0,0	5	1,7
Provavelmente, não	5	2,2	0	0,0	5	1,7
Provavelmente, sim	20	8,7	10	15,9	30	10,2
Com certeza, sim	199	86,5	52	82,5	251	85,7
Não sei/Não Lembro	1	0,4	1	0,6	2	0,7
D6-Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao profissional ou serviço de saúde?						
Com certeza, não	8	3,5	0	0,0	8	2,7
Provavelmente, não	3	1,3	1	1,6	4	1,4
Provavelmente, sim	19	8,3	9	14,3	28	9,6
Com certeza, sim	200	87,0	52	82,5	252	86,0
Não sei/Não lembro	0	0,0	1	1,6	1	0,3
D7-O profissional ou serviço de saúde conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?						
Com certeza, não	33	14,3	9	14,3	42	14,3
Provavelmente, não	27	11,7	6	9,5	33	11,3
Provavelmente, sim	48	20,9	15	23,8	63	21,5
Com certeza, sim	118	51,3	31	49,2	149	50,9
Não sei/Não Lembro	4	1,7	2	3,2	6	2,0

Continuação Tabela 9. Resultados do PCATool quanto ao componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
D8-O profissional ou serviço de saúde conhece a história clínica completa de sua criança?						
Com certeza, não	30	13,0	5	7,9	35	11,9
Provavelmente, não	31	13,5	5	7,9	36	12,3
Provavelmente, sim	38	16,5	11	17,5	49	16,7
Com certeza, sim	126	54,8	41	65,1	167	57,0
Não sei/Não Lembro	5	2,2	1	1,6	6	2,0
D9-O profissional ou serviço de saúde sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?						
Com certeza, não	35	15,2	9	14,3	44	15,0
Provavelmente, não	28	12,2	7	11,1	35	11,9
Provavelmente, sim	33	14,3	10	15,9	43	14,7
Com certeza, sim	120	52,2	36	57,1	156	53,2
Não sei/Não Lembro	14	6,1	1	1,6	15	5,1
D10-O profissional ou serviço de saúde reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?						
Com certeza, não	23	10,0	4	6,3	27	9,2
Provavelmente, não	21	9,1	5	7,9	26	8,9
Provavelmente, sim	69	30,0	23	36,5	92	31,4
Com certeza, sim	81	35,2	22	34,9	103	35,2
Não sei/Não Lembro	36	15,7	9	14,3	45	15,3
D11-Você mudaria de profissional ou serviço de saúde para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?						
Com certeza, não	142	61,7	37	58,7	179	61,1
Provavelmente, não	13	5,7	13	20,6	26	8,9
Provavelmente, sim	16	7,0	5	7,9	21	7,2
Com certeza, sim	55	23,9	7	11,1	62	21,2
Não sei/Não Lembro	4	1,7	1	1,6	5	1,7

Continuação Tabela 9. Resultados do PCATool quanto ao componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 10 mostra a comparação entre os resultados das médias do componente Vínculo dos CSF da sede e dos distritos do município de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
D1-Quando você vai ao profissional ou serviço de saúde, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?	3,3	1,1	3,3	1,0	0,26
D2-Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o profissional ou serviço de saúde que melhor conhece sua criança?	2,1	0,9	2,1	1,1	0,79
D3-Você acha que o profissional ou serviço de saúde da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	3,8	0,51	3,8	0,4	0,52
D4-O profissional ou serviço de saúde responde suas perguntas de maneira que você entenda?	3,9	0,4	3,7	0,6	0,03*
D5-O profissional ou serviço de saúde lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	3,8	0,6	3,8	0,4	0,71
D6-Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao profissional ou serviço de saúde?	3,8	0,6	3,8	0,4	0,62
D7-O profissional ou serviço de saúde conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	3,1	1,1	3,1	1,1	0,97
D8-O profissional ou serviço de saúde conhece a história clínica completa de sua criança?	3,1	1,1	3,4	0,9	0,07
D9-O profissional ou serviço de saúde sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	3,0	1,1	3,2	1,1	0,38
D10-O profissional ou serviço de saúde reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	2,9	1,0	3,0	0,9	0,49
D11-Você mudaria de profissional ou serviço de saúde para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	3,1	1,3	3,3	1,0	0,57

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 10. Médias dos escores de Longitudinalidade – componente Vínculo, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Neste componente, apenas o item D4, relacionado à compreensão das mães às respostas dos profissionais, mostrou diferença significativa entre a sede e os distritos, onde a média das respostas da sede foi maior que a média dos distritos.

Os demais itens não apresentaram diferença significativa entre a sede e os distritos.

5.7 Coordenação – Componente Integração de Cuidados

Na figura 10 estão demonstrados os resultados da média de escores do atributo Coordenação – Integração de Cuidados nos CSF da sede e dos distritos.

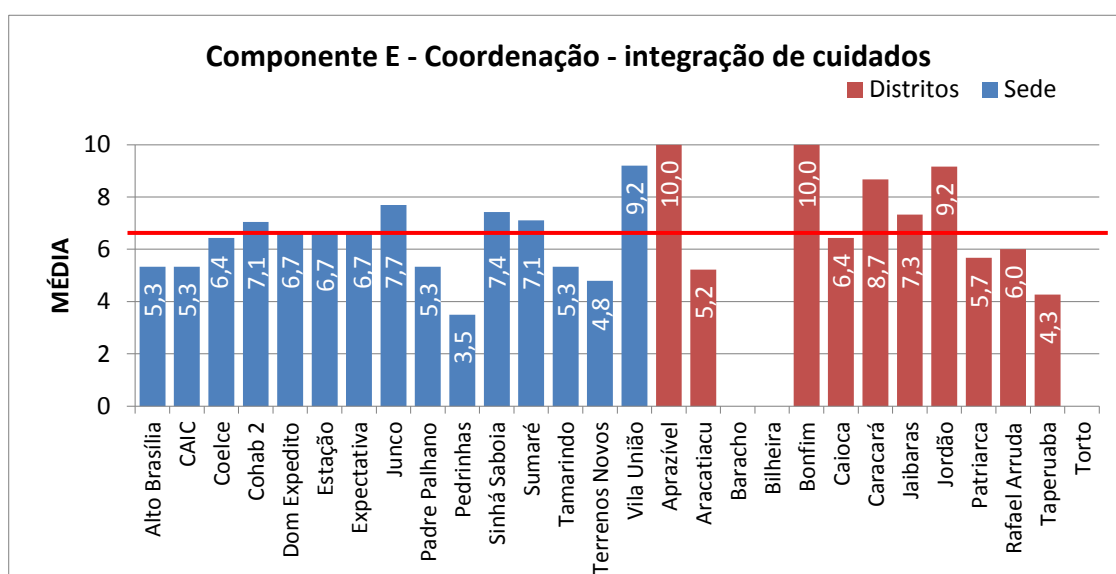


Figura 10. Média de escore de Coordenação – Integração de Cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 11 mostra os resultados da avaliação do atributo Coordenação no componente Integração de Cuidados para os CSF da sede e dos distritos de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
E1-Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento com profissional ou serviço de saúde?						
Sim	114	49,6	34	54,0	148	50,5
Não	116	50,4	28	44,4	144	49,1
Não sei/Não lembro	0	0,0	1	1,6	1	0,3
E2-O profissional ou serviço de saúde sugeriu ou indicou que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?						
Com certeza, não	24	10,4	11	17,5	35	11,9
Provavelmente, não	3	1,3	0	0,0	3	1,0
Provavelmente, sim	2	0,9	3	4,8	5	1,7
Com certeza, sim	85	37,0	19	30,2	104	35,5
Não sei/Não Lembro	116	50,4	29	46,0	146	49,8
E3-O profissional ou serviço de saúde da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?						
Com certeza, não	14	6,1	7	11,1	21	7,2
Provavelmente, não	5	2,2	0	0,0	5	1,7
Provavelmente, sim	8	3,5	4	6,3	12	4,1
Com certeza, sim	84	36,5	22	34,9	106	36,2
Não sei/Não Lembro	119	51,7	30	47,6	149	50,9
E4-O profissional ou serviço de saúde de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?						
Com certeza, não	35	15,2	7	11,1	42	14,3
Provavelmente, não	5	2,2	0	0,0	5	1,7
Provavelmente, sim	6	2,6	4	6,3	10	3,4
Com certeza, sim	62	27,0	21	33,3	83	28,3
Não sei/Não Lembro	122	53,0	31	49,2	153	52,2
E5-Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu profissional ou serviço de saúde conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?						
Com certeza, não	53	23,0	11	17,5	64	21,8
Provavelmente, não	5	2,2	0	0,0	6	2,0
Provavelmente, sim	5	2,2	1	1,6	5	1,7
Com certeza, sim	44	19,1	20	31,7	64	21,8
Não sei/Não Lembro	123	53,5	31	49,2	154	52,6

Tabela 11. Resultados do PCATool quanto à Coordenação – Integração de Cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
E6-O profissional ou serviço de saúde pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?						
Com certeza, não	35	15,2	7	11,1	42	14,3
Provavelmente, não	6	2,6	3	4,8	9	3,1
Provavelmente, sim	10	4,3	2	3,2	12	4,1
Com certeza, sim	54	23,5	19	30,2	73	24,9
Não sei/Não Lembro	125	54,3	32	50,8	157	53,6

Continuação Tabela 11. Resultados do PCATool quanto à Coordenação – Integração de Cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 12 mostra a comparação entre os resultados das médias de escores do atributo Coordenação – Integração de Cuidados entre os CSF da sede e dos distritos de Sobral.

Importante destacar que nesse componente, de acordo com a orientação do Manual do PCATool, os CSF Baracho, Bilheira e Torto não tiveram seus escores calculados devido à presença de uma maioria de respostas *Não sei / Não lembro* em suas avaliações.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
E2-O profissional ou serviço de saúde sugeriu ou indicou que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	3,3	1,2	2,9	1,4	0,11
E3-O profissional ou serviço de saúde da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	3,4	1,1	3,2	1,2	0,30
E4-O profissional ou serviço de saúde de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	2,9	1,4	3,2	1,2	0,31
E5-Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu profissional ou serviço de saúde conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	2,4	1,4	2,9	1,4	0,06

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 12. Médias dos escores relacionados à Coordenação – Integração de cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
E6-O profissional ou serviço de saúde pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	2,7	1,3	3,0	1,3	0,31

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Continuação Tabela 12. Médias dos escores relacionados à Coordenação – Integração de cuidados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Para este componente, nenhum dos itens apresentou diferença significativa entre a sede e os distritos.

5.8 Coordenação – Componente Sistemas de Informação

A seguir apresentam-se os resultados das médias de escores da Coordenação – Sistemas de Informação dos CSF da sede e dos distritos de Sobral por meio da figura 11.

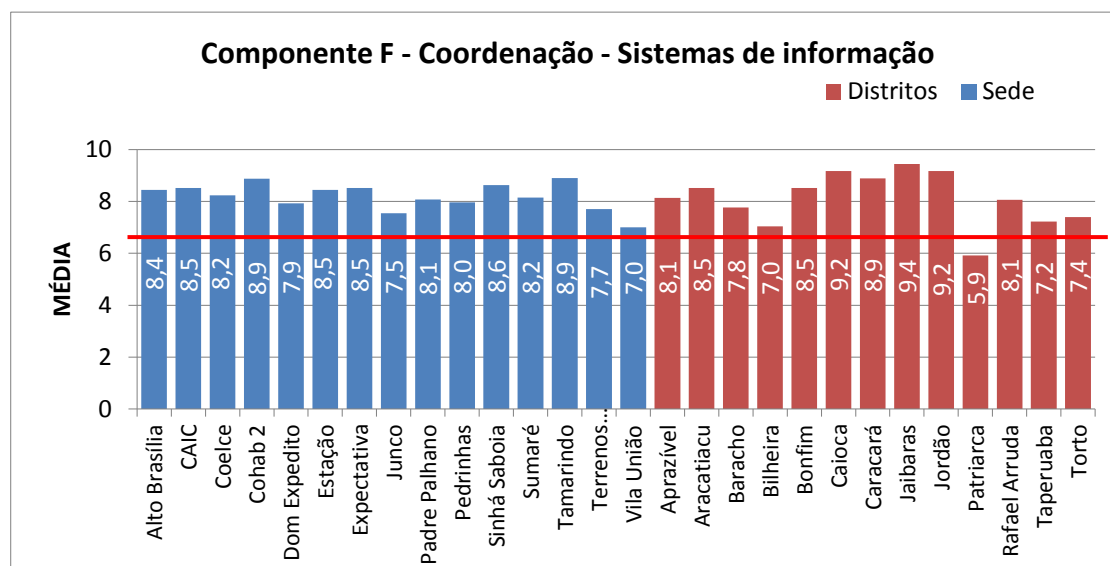


Figura 11. Média de escore de Coordenação – Sistemas de Informação, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

Na tabela 13 estão demonstrados os resultados da avaliação do atributo Coordenação no componente - Sistemas de Informação.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
F1-Quando você leva sua criança ao profissional ou serviço de saúde você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado?						
Com certeza, não	8	3,5	2	3,2	10	3,4
Provavelmente, não	5	2,2	3	4,8	8	2,7
Provavelmente, sim	5	2,2	5	7,9	10	3,4
Com certeza, sim	210	91,3	52	82,5	262	89,4
Não sei/Não Lembro	2	0,9	1	1,6	3	1,0
F2-Quando você leva sua criança no profissional ou serviço de saúde, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?						
Com certeza, não	6	2,6	1	1,6	7	2,4
Provavelmente, não	5	2,2	1	1,6	6	2,0
Provavelmente, sim	5	2,2	4	6,3	9	3,1
Com certeza, sim	211	91,7	54	85,7	265	90,4
Não sei/Não Lembro	3	1,3	3	4,8	6	2,0
F3-Você poderia ler o prontuário ou ficha de sua criança se quisesse ao profissional ou serviço de saúde?						
Com certeza, não	29	12,6	8	12,7	37	12,6
Provavelmente, não	37	16,1	7	11,1	44	15,0
Provavelmente, sim	50	21,7	14	22,2	64	21,8
Com certeza, sim	59	25,7	22	34,9	81	27,6
Não sei/Não Lembro	55	23,9	12	19,0	67	22,9

Tabela 13. Resultados do PCATool quanto à Coordenação – Sistemas de informação, Sobral-CE, 2014.

A tabela 14 mostra o resultado do comparativo entre as médias da sede e dos distritos relativas ao atributo Coordenação – Sistemas de Informação.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
F1-Quando você leva sua criança ao profissional ou serviço de saúde você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado?	3,8	0,6	3,7	0,7	0,10
F2-Quando você leva sua criança no profissional ou serviço de saúde, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	3,8	0,6	3,8	0,5	0,65
F3-Você poderia ler o prontuário ou ficha de sua criança se quisesse ao profissional ou serviço de saúde?	2,6	1,0	2,8	1,1	0,12

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 44. Médias de escores relacionados à Coordenação – Sistemas de Informação, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Nenhuma das questões relativas à Coordenação – Sistemas de Informação apresentou diferença significativa entre a sede e os distritos.

5.9 Integralidade – Componente Serviços Disponíveis

As médias dos escores da Integralidade – Serviços Disponíveis dos CSF da sede e dos distritos de Sobral estão apresentadas na figura 12.

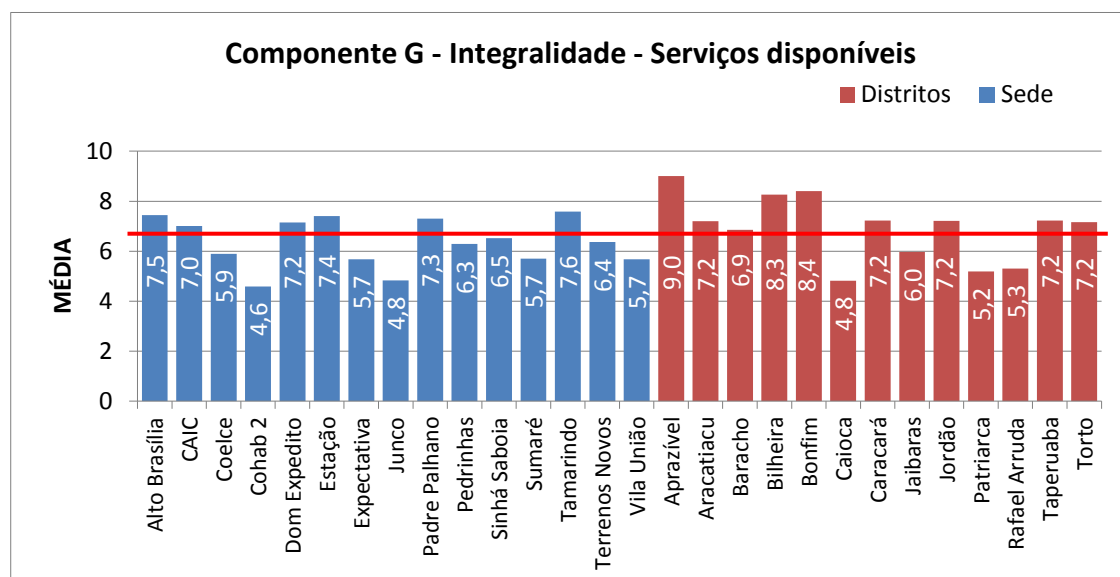


Figura 12. Média de escore de integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Os resultados da avaliação do atributo Integralidade no componente Serviços Disponíveis dos CSF da sede e dos distritos do município de Sobral estão apresentados na tabela 15.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
G1-Vacinas (imunizações)						
Com certeza, não	2	0,9	0	0,0	2	,7
Provavelmente, não	1	0,4	0	0,0	1	,3
Provavelmente, sim	5	2,2	2	3,2	7	2,4
Com certeza, sim	222	96,5	58	92,1	280	95,6
Não sei/Não Lembro	0	0,0	3	4,8	3	1,0
G2-Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais						
Com certeza, não	58	25,2	7	11,1	65	22,2
Provavelmente, não	25	10,9	4	6,3	29	9,9
Provavelmente, sim	23	10,0	9	14,3	32	10,9
Com certeza, sim	104	45,2	35	55,6	139	47,4
Não sei/Não Lembro	20	8,7	8	12,7	28	9,6

Tabela 15. Resultados do PCATool quanto à Integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
G3-Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais						
Com certeza, não	25	10,9	4	6,3	29	9,9
Provavelmente, não	12	5,2	2	3,2	14	4,8
Provavelmente, sim	10	4,3	4	6,3	14	4,8
Com certeza, sim	179	77,8	51	81,0	230	78,5
Não sei/Não Lembro	4	1,7	2	3,2	6	2,0
G4-Programa de suplementação nutricional						
Com certeza, não	92	40,0	20	31,7	112	38,2
Provavelmente, não	16	7,0	4	6,3	20	6,8
Provavelmente, sim	26	11,3	15	23,8	41	14,0
Com certeza, sim	61	26,5	13	20,6	74	25,3
Não sei/Não Lembro	35	15,2	11	17,5	46	15,7
G5-Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas						
Com certeza, não	85	37,0	16	25,4	101	34,5
Provavelmente, não	14	6,1	9	14,3	23	7,8
Provavelmente, sim	27	11,7	12	19,0	39	13,3
Com certeza, sim	43	18,7	13	20,6	56	19,1
Não sei/Não Lembro	61	26,5	13	20,6	74	25,3
G6-Aconselhamento para problemas de saúde mental						
Com certeza, não	75	32,6	17	27,0	92	31,4
Provavelmente, não	12	5,2	7	11,1	19	6,5
Provavelmente, sim	25	10,9	16	25,4	41	14,0
Com certeza, sim	68	29,6	15	23,8	83	28,3
Não sei/Não Lembro	50	21,7	8	12,7	58	19,8
G7-Sutura de um corte que necessite de pontos						
Com certeza, não	81	35,2	10	15,9	91	31,1
Provavelmente, não	21	9,1	5	7,9	26	8,9
Provavelmente, sim	31	13,5	9	14,3	40	13,7
Com certeza, sim	59	25,7	34	54,0	93	31,7
Não sei/Não Lembro	38	16,5	5	7,9	43	14,7

Continuação Tabela 15. Resultados do PCATool quanto à Integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
G8-Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV						
Com certeza, não	17	7,4	2	3,2	19	6,5
Provavelmente, não	4	1,7	1	1,6	5	1,7
Provavelmente, sim	24	10,4	3	4,8	27	9,2
Com certeza, sim	151	65,7	49	77,8	200	68,3
Não sei/Não Lembro	34	14,8	8	12,7	42	14,3
G9-Identificação de problemas visuais (enxergar)						
Com certeza, não	49	21,3	18	28,6	67	22,9
Provavelmente, não	12	5,2	4	6,3	16	5,5
Provavelmente, sim	34	14,8	13	20,6	47	16,0
Com certeza, sim	92	40,0	21	33,3	113	38,6
Não sei/Não Lembro	43	18,7	7	11,1	50	17,1

Continuação Tabela 15. Resultados do PCATool quanto à Integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 16 representa as médias dos escores relativos à integralidade – Serviços Disponíveis fazendo um comparativo entre os CSF da sede e dos distritos de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
G1-Vacinas (imunizações)	3,9	0,3	3,9	0,3	0,51
G2-Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	2,8	1,3	3,2	1,1	0,02*
G3-Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	3,5	1,0	3,7	0,8	0,24
G4-Programa de suplementação nutricional	2,2	1,3	2,4	1,2	0,53
G5-Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas	2,1	1,1	2,4	1,1	0,11
G6-Aconselhamento para problemas de saúde mental	2,4	1,2	2,5	1,2	0,63
G7-Sutura de um corte que necessite de pontos	2,3	1,2	3,2	1,1	<0,01*
G8-Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	3,4	1,0	3,7	0,8	0,03*
G9-Identificação de problemas visuais (enxergar)	2,8	1,2	2,6	1,3	0,36

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 16. Médias dos escores relacionadas à Integralidade – Serviços Disponíveis, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A questão G2 apresentou diferença significativa entre a sede e os distritos de Sobral. A média de respostas dos distritos foi maior que na sede.

A questão G7 também apresentou diferença entre sede e distritos, com médias de distritos maiores que na sede.

A questão G8 também demonstrou que o indivíduo do distrito é mais provável que tenha aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, pois as médias dos distritos foram maiores que na sede.

As demais variáveis não apresentaram diferença significativa.

5.10 Integralidade – Componente Serviços Prestados

A figura 13 apresenta a média de escores resultado da avaliação da Integralidade – Serviços Prestados pelos CSF fazendo uma comparação entre a sede e os distritos de Sobral.

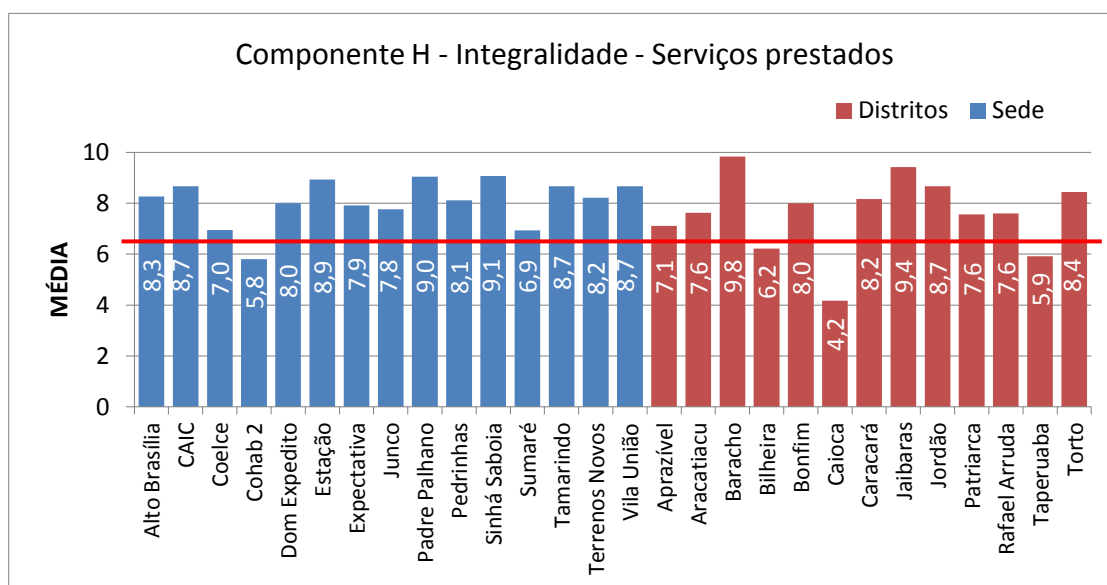


Figura 13. Média de escore de Integralidade – Serviços Prestados, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

Na tabela 17, são apresentados os resultados da avaliação da Integralidade, no componente Serviços Prestados, dos CSF da sede e dos distritos de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
H1-Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado						
Com certeza, não	9	3,9	2	3,2	11	3,8
Provavelmente, não	3	1,3	0	0,0	3	1,0
Provavelmente, sim	4	1,7	5	7,9	9	3,1
Com certeza, sim	211	91,7	54	85,7	265	90,4
Não sei/Não Lembro	3	1,3	2	3,2	5	1,7
H2-Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança						
Com certeza, não	45	19,6	12	19,0	57	19,5
Provavelmente, não	8	3,5	2	3,2	10	3,4
Provavelmente, sim	6	2,6	5	7,9	11	3,8
Com certeza, sim	169	73,5	41	65,1	210	71,7
Não sei/Não Lembro	2	0,9	3	4,8	5	1,7
H3-Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade.						
Com certeza, não	39	17,0	10	15,9	49	16,7
Provavelmente, não	9	3,9	3	4,8	12	4,1
Provavelmente, sim	9	3,9	6	9,5	15	5,1
Com certeza, sim	168	73,0	40	63,5	208	71,0
Não sei/Não Lembro	5	2,2	4	6,3	9	3,1
H4-Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança						
Com certeza, não	57	24,8	15	23,8	72	24,6
Provavelmente, não	9	3,9	6	9,5	15	5,1
Provavelmente, sim	5	2,2	7	11,1	12	4,1
Com certeza, sim	154	67,0	31	49,2	185	63,1
Não sei/Não Lembro	5	2,2	4	6,3	9	3,1
H5-Maneiras para manter sua criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão						
Com certeza, não	43	18,7	11	17,5	54	18,4
Provavelmente, não	4	1,7	2	3,2	6	2,0
Provavelmente, sim	5	2,2	7	11,1	12	4,1
Com certeza, sim	175	76,1	40	63,5	215	73,4
Não sei/Não Lembro	3	1,3	3	4,8	6	2,0

Tabela 17. Resultados do PCATool quanto à Integralidade – Serviços Prestados, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

A tabela 18 descreve as médias das variáveis relacionadas à Integralidade – Serviços Prestados comparando os CSF da sede com os dos distritos de sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
H1-Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	3,8	0,7	3,8	0,6	0,42
H2-Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança	3,3	1,2	3,2	1,2	0,43
H3-Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade.	3,3	1,2	3,2	1,2	0,36
H4-Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança	3,1	1,3	2,9	1,3	0,09
H5-Maneiras para manter sua criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão	3,4	1,2	3,2	1,2	0,19

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 18. Médias de escores relacionadas à Integralidade – Serviços Prestados, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Neste atributo, nenhuma das questões apresentou diferença significativa entre a sede e os distritos.

5.11 Orientação Familiar

A figura 14 descreve o resultado da média de escores do atributo Orientação Familiar nos CSF da sede e dos distritos de Sobral.

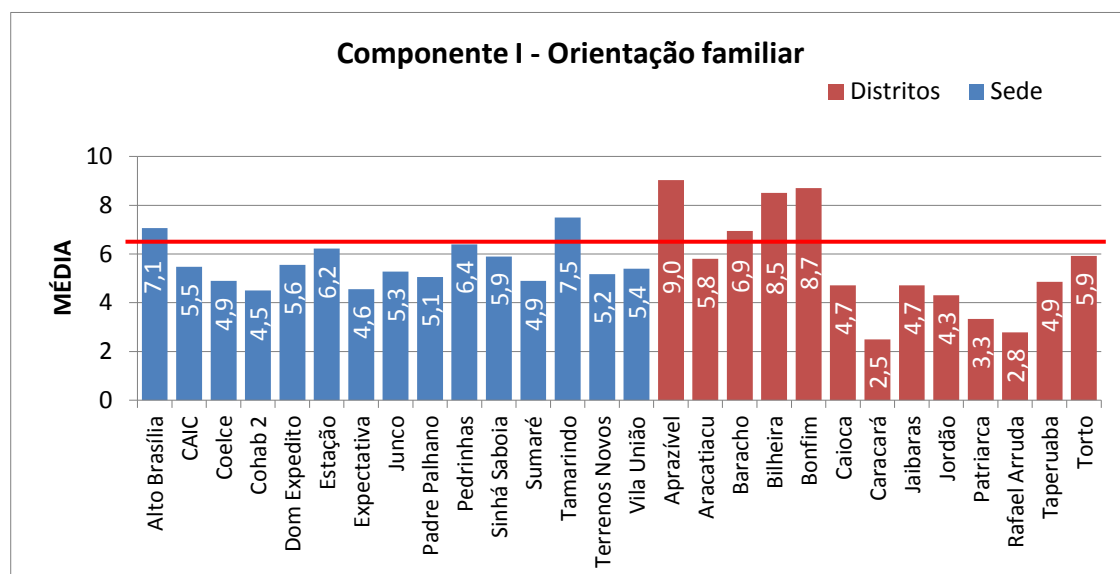


Figura 14. Média de escore de Orientação Familiar, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

Para este atributo, pode se perceber que, na sede de Sobral, somente os CSF Alto da Brasília e Tamarindo apresentaram forte grau de orientação à APS, enquanto que nos distritos os CSF Aprazível, Baracho, Bilheira e Bonfim também apresentaram forte grau de orientação à APS.

Os resultados da avaliação da Orientação Familiar estão demonstrados por meio da tabela 19.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
I1-Você acha que o profissional ou serviço de saúde conhece sua família bastante bem?						
Com certeza, não	74	32,2	19	30,2	93	31,7
Provavelmente, não	39	17,0	13	20,6	52	17,7
Provavelmente, sim	44	19,1	8	12,7	52	17,7
Com certeza, sim	70	30,4	21	33,3	91	31,1
Não sei/Não Lembro	3	1,3	2	3,2	5	1,7

Tabela 19. Resultados do PCATool quanto à Orientação Familiar, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
I2-O profissional ou serviço de saúde sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?						
Com certeza, não	83	36,1	21	33,3	104	35,5
Provavelmente, não	39	17,0	12	19,0	51	17,4
Provavelmente, sim	42	18,3	12	19,0	54	18,4
Com certeza, sim	57	24,8	14	22,2	71	24,2
Não sei/Não Lembro	9	3,9	4	6,3	13	4,4
I3-O profissional ou serviço de saúde sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?						
Com certeza, não	116	50,4	27	42,9	143	48,8
Provavelmente, não	24	10,4	9	14,3	33	11,3
Provavelmente, sim	34	14,8	7	11,1	41	14,0
Com certeza, sim	52	22,6	17	27,0	69	23,5
Não sei/Não Lembro	4	1,7	3	4,8	7	2,4
I4-O profissional ou serviço de saúde saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?						
Com certeza, não	73	31,7	17	27,0	90	30,7
Provavelmente, não	33	14,3	10	15,9	43	14,7
Provavelmente, sim	38	16,5	16	25,4	54	18,4
Com certeza, sim	75	32,6	20	31,7	95	32,4
Não sei/Não Lembro	11	4,8	0	0,0	11	3,8
I5-O profissional ou serviço de saúde lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?						
Com certeza, não	74	32,2	22	34,9	96	32,8
Provavelmente, não	16	7,0	5	7,9	21	7,2
Provavelmente, sim	20	8,7	10	15,9	30	10,2
Com certeza, sim	110	47,8	26	41,3	136	46,4
Não sei/Não Lembro	10	4,3	0	0,0	10	3,4
I6-O seu profissional ou serviço de saúde lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança?						
Com certeza, não	36	15,7	8	12,7	44	15,0
Provavelmente, não	4	1,7	1	1,6	5	1,7
Provavelmente, sim	7	3,0	13	20,6	20	6,8
Com certeza, sim	178	77,4	39	61,9	217	74,1
Não sei/Não Lembro	5	2,2	2	3,2	7	2,4

Continuação Tabela 19. Resultados do PCATool quanto à Orientação Familiar, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

A tabela 20 mostra as médias de cada variável relativas ao atributo Orientação Familiar fazendo um comparativo entre os CSF da sede e dos distritos do município de Sobral.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
I1-Você acha que o profissional ou serviço de saúde conhece sua família bastante bem?	2,5	1,2	2,5	1,2	0,92
I2-O profissional ou serviço de saúde sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	2,3	1,2	2,3	1,2	0,95
I3-O profissional ou serviço de saúde sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	2,1	1,2	2,2	1,3	0,39
I4-O profissional ou serviço de saúde saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	2,5	1,2	2,6	1,2	0,55
I5-O profissional ou serviço de saúde lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	2,7	1,3	2,6	1,3	0,52
I6-O seu profissional ou serviço de saúde lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança?	3,4	1,1	3,3	1,0	0,06

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 20. Médias de escores relacionados à Orientação Familiar, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Para este atributo, nenhuma das questões apresentou diferença significativa entre a sede e os distritos.

5.12 Orientação Comunitária

As médias dos escores de desempenho desse atributo dos CSF da sede e distritos estão apresentadas na figura 15.

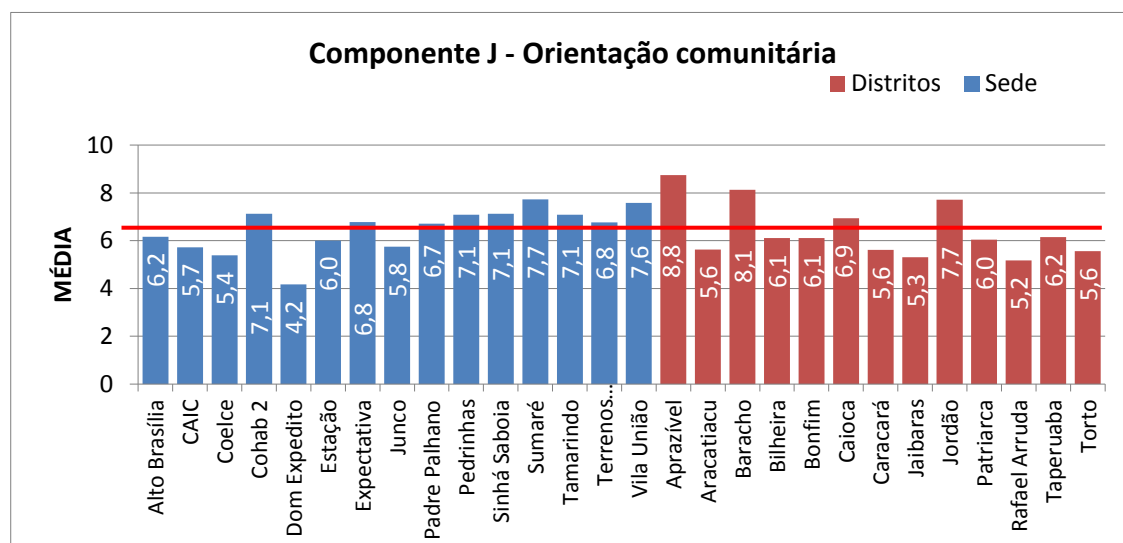


Figura 15. Média de escores de Orientação Comunitária, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

A tabela 21 mostra os resultados de cada variável relacionada à orientação comunitária a partir da percepção das mães entrevistadas.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
J1-Alguém como profissional ou serviço de saúde faz visitas domiciliares?						
Com certeza, não	15	6,5	7	11,1	22	7,5
Provavelmente, não	5	2,2	3	4,8	8	2,7
Provavelmente, sim	14	6,1	6	9,5	20	6,8
Com certeza, sim	195	84,8	47	74,6	242	82,6
Não sei/Não Lembro	1	0,4	0	0,0	1	0,3
J2-O profissional ou serviço de saúde conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança						
Com certeza, não	24	10,4	9	14,3	33	11,3
Provavelmente, não	20	8,7	10	15,9	30	10,2
Provavelmente, sim	52	22,6	16	25,4	68	23,2
Com certeza, sim	105	45,7	22	34,9	127	43,3
Não sei/Não Lembro	29	12,6	6	9,5	35	11,9

Tabela 21. Resultados do PCATool quanto à Orientação Comunitária, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
J3-Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?						
Com certeza, não	42	18,3	11	17,5	53	18,1
Provavelmente, não	25	10,9	5	7,9	30	10,2
Provavelmente, sim	41	17,8	16	25,4	57	19,5
Com certeza, sim	84	36,5	8	12,7	92	31,4
Não sei/Não Lembro	38	16,5	23	36,5	61	20,8
J4-Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde?						
Com certeza, não	108	47,0	13	20,6	121	41,3
Provavelmente, não	14	6,1	3	4,8	17	5,8
Provavelmente, sim	16	7,0	14	22,2	30	10,2
Com certeza, sim	69	30,0	23	36,5	92	31,4
Não sei/Não Lembro	23	10,0	10	15,9	33	11,3

Continuação Tabela 21. Resultados do PCATool quanto à Orientação Comunitária, Sede/Distrito, Sobral-CE, 2014.

A seguir, a tabela 22 mostra o comparativo entre as médias de cada variável relativas à Orientação Comunitária dos CSF da sede e dos distritos.

VARIÁVEIS	SEDE		DISTRITOS		P
	Média	DP	Média	DP	
J1-Alguém como profissional ou serviço de saúde faz visitas domiciliares?	3,7	0,8	3,6	0,9	0,14
J2-O profissional ou serviço de saúde conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança	3,1	1,0	2,8	1,1	0,12
J3-Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	2,7	1,1	2,3	0,9	0,01*
J4-Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde?	2,2	1,3	2,8	1,2	<0,01*

Teste de Mann-Whitney. DP: Desvio-padrão.*Significativo.

Tabela 22. Médias de escores relacionados à Orientação Comunitária, Sede/Distritos, Sobral-CE, 2014.

Houve diferença significativa entre sede e distritos quanto à variável J3, com médias da sede maiores que dos distritos.

Também houve diferença para variável J4, no entanto com médias de distritos maiores que na sede do município.

As demais variáveis não apresentaram diferença significativa.

6 Discussão

A discussão apresentada a seguir contém a interpretação dos resultados obtidos confrontados aos conhecimentos previamente produzidos por outros autores, considerando-se os modelos teóricos adotados. Dessa forma é importante ressaltar que os dados, por si só, não são suficientes, pois interagem entre si de maneira complexa, necessitando de uma compreensão maior a partir da análise de outros estudos sobre o mesmo tempo e de informações semelhantes já existentes nos locais do estudo.

6.1 Características da Amostra

A partir da análise das informações do perfil das mães entrevistadas, foi observado que a faixa etária predominante dessas mães é semelhante na sede e nos distritos, uma vez que na sede haviam 33,6% das mães com idade entre 21 e 25 anos e nos distritos 36,9% também com idades nessa faixa etária. Esse perfil pode demonstrar que as mulheres de Sobral engravidam jovens, logo ao sair da adolescência, com idade entre 21 e 25 anos.

Nesse contexto, é importante destacar outro dado do perfil, que é a quantidade de filhos das mães entrevistadas. A grande maioria das mães na sede e nos distritos tinham até 3 filhos, sendo 90,4% na sede e 90,7 nos distritos.

No que diz respeito à quantidade de filhos, os dados são confirmados pelo IBGE (2013), quando é referido que está ocorrendo uma redução da taxa de natalidade e da taxa de fecundidade no Brasil. No entanto, há uma diferença ao que foi encontrado em relação à idade predominante das mães entrevistadas, com maioria na faixa etária de 21 a 25 anos. Segundo essa instituição, as mulheres atualmente no Brasil estão tendo filhos mais tarde, com um grande contingente optando por ser mãe após os 30 anos de idade.

Para a escolaridade das entrevistadas, também foi identificada semelhança entre sede e distritos, com 35,1% das mães na sede e 38,1% nos distritos apresentando o ensino médio completo.

Considerando o ensino fundamental completo, estão incluídas 39,5% 72,8% das mães da sede e 50,8% 79,4% dos distritos, o que está de acordo com o perfil do Brasil, à

medida que de acordo com o perfil do Brasil IBGE (2013) 53,95% da população brasileira acima de 15 anos apresentava o ensino fundamental completo, refletindo a melhora do perfil educacional brasileiro.

É importante ressaltar que o perfil da educação, no município de Sobral, vem melhorando nos últimos 10 anos, visto que Sucupira (2003) observou que na grande maioria das famílias participantes de seu estudo, a escolaridade dos pais não passava das primeiras quatro séries do ensino fundamental.

Observou-se que poucas mães tinham ensino superior incompleto ou completo, não havendo diferenças significativas entre os CSF da sede e dos distritos. É importante ressaltar que a escolaridade nos distritos surpreendeu pelo fato de ter maior número de mães no ensino superior incompleto e completo 12,7%, enquanto na sede apenas 4,4%. Isso pode estar relacionado com o fato de que as entrevistas foram realizadas na zona urbana dos distritos, não contemplando a zona rural, onde pode ocorrer dificuldade no acesso aos bens e serviços oferecidos pelo município.

Essa é uma informação importante, pois pode influenciar no acompanhamento das crianças por meio do entendimento das informações repassadas pelos profissionais de saúde, como também de informações contidas nos documentos dirigidos à saúde das crianças. Da mesma forma a escolaridade pode influenciar na fecundidade das famílias, uma vez que segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD 2004), a probabilidade de uma mulher com 8 anos ou mais de estudo, com dois filhos, vir a ter o terceiro era de pouco mais de 50%, ao passo que a mesma probabilidade associada a uma mulher com até 3 anos de estudo era de 90%. (IBGE, 2004).

O perfil da renda familiar encontrado nesse estudo revelou que 39,5% das mães na sede e 47,6% nos distritos apresentavam um total de 02 a 03 salários mínimos na soma da renda das pessoas da família que trabalham o que caracteriza uma população com renda baixa. O fato de terem sido entrevistadas mães cadastradas na ESF não contempla as mães de renda mais alta, que podem fazer uso de planos de saúde.

No município de Sobral, 1,65 da população fazia uso de planos de saúde suplementar, no mês de dezembro de 2013 (BRASIL, 2014).

Tão importante para o aproveitamento da renda é o número de pessoas na casa, o que pode influenciar no poder aquisitivo da família. Foi constatado que em 60,1% das

residências da sede e 55,4% das residências dos distritos moravam de 04 a 06 pessoas, representando a maioria observada para este dado.

Em relação à situação dos domicílios, foi identificado que 76,2% das mães que residem nos distritos possuem casa própria, enquanto que 50% das mães entrevistadas que moram na sede do município possuem casa própria. Isso pode ser explicado pelo valor dos imóveis nos distritos serem menores do que na sede, devido à especulação imobiliária na sede do município.

Esse dado mostra que a maioria das famílias das mães entrevistadas é dona de sua própria residência o que pode ser reflexo da melhoria do poder aquisitivo dessas famílias. O fato de uma família morar em casa própria reflete na melhoria da renda da família, pois o valor que seria usado para pagar aluguel aumenta a renda per capita.

Em relação aos domicílios, foi observado que a grande maioria tanto na sede como nos distritos é do tipo de alvenaria, ou seja, casas construídas com tijolos e coberta por telhas. Esse dado foi representado por 78,5% das residências da sede e 77,8% das habitações dos distritos, o que também pode estar relacionado à renda familiar observada nesse estudo.

A maioria dos domicílios na sede e nos distritos tinha energia elétrica, estava conectada à rede de abastecimento de água e possuía banheiro. Para o tratamento da água nas residências, foi observado que a maioria das mães, 63,2% na sede e 71,4% nos distritos utilizava água filtrada para o consumo. Esses dados são importantes porque diminuem o risco para doenças infecciosas, ou seja, garantem melhores condições de saúde para a população.

Nesse contexto, o Unicef aponta o acesso a serviços de saneamento básico como prioritário para a saúde da criança. Em 2012, 47,3% das crianças e adolescentes com até 14 anos de idade residiam em domicílios em que pelo menos um serviço de saneamento (água, esgoto ou lixo) não era adequado, isto é, ou não havia abastecimento de água por meio de rede geral, e/ou o esgotamento sanitário não se dava via rede geral ou fossa séptica ligada à rede coletora, e/ou o lixo não era coletado. Quando as três formas inadequadas de saneamento existiam simultaneamente no domicílio, em 2002, 15,4% das crianças e adolescentes nesta faixa etária estavam seriamente expostas a riscos de doenças, sendo que em 2012 este último indicador passou a ser de 10,2% das crianças na mesma faixa etária (IBGE, 2013).

6.2 Médias dos escores da APS

Para o cálculo dos escores de cada atributo, foram seguidas as orientações do Manual do PCATool (2010). Em relação aos atributos essenciais Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade, a avaliação das mães mostrou forte grau de orientação à APS. Já nos atributos derivados Orientação Familiar e Comunitária as avaliações das mães indicaram baixo grau de orientação à APS, uma vez que não foi atingido o ponto de corte de média de escore 6,6.

Entendendo a Orientação Familiar e Comunitária como fundamentais para o bom funcionamento da APS, pode-se inferir que possivelmente as equipes de SF não estão conseguindo desempenhar seu papel de forma adequada.

Ao se fazer uma comparação entre as médias dos escores dos CSF da sede do município e dos distritos, não houve diferença significativa em nenhum dos atributos. Dessa forma, pode-se afirmar que existe uma uniformidade nas ações e serviços oferecidos pela AB de Sobral na sede e nos distritos.

Melo (2012), em seu estudo que avaliou a AB de Sobral utilizando o PCATool, versão adulto e profissionais de saúde, demonstrou que não houve diferença significativa entre a média dos escores dos atributos entre os CSF da sede e dos distritos. Essa uniformidade nas ações e serviços nos distritos e na sede, ainda permanece no município de Sobral.

As análises de cada atributo e seus componentes isoladamente serão apresentadas a seguir.

6.3 Acesso de Primeiro Contato – Utilização

No atributo Acesso de Primeiro Contato, foi avaliada a utilização dos serviços de saúde pelas mães entrevistadas a cada novo problema ou a um novo episódio de um mesmo problema de saúde.

Para Starfield (2002), em todos os níveis de atenção, seja primário, secundário ou terciário, deve-se ter a ideia de que existe um ponto de entrada para cada novo problema de saúde que surge, e que esse ponto tem que ser de fácil acesso. Essa mesma autora descreve esse ponto de primeiro contato como sendo a *porta de entrada* dos serviços de saúde.

Portanto, pode-se considerar esse ponto de entrada dos serviços de saúde como o primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde e que o acesso, ou seja, a oportunidade de adentrar a esses serviços deve ser facilitada.

O atributo Acesso de Primeiro Contato apresentou forte grau de orientação à APS atingindo escore de 7,3 nos CSF da sede e 7,4 nos distritos, o que demonstra que as crianças menores de 02 anos do município de Sobral conseguem ter um bom acesso às ações de AB.

A acessibilidade é um dos princípios organizativos do SUS de acordo com a Lei 8080/90 e a garantia do acesso aos serviços de saúde está descrita no texto base da Política Nacional da Atenção Básica de 21 de outubro de 2011, como fundamento e diretriz da Atenção Básica:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012b).

Acesso possui um conceito complexo, sendo muitas vezes, empregado de forma imprecisa. Também é pouco claro no que se refere à utilização dos serviços de saúde, pois o conceito de uso desses serviços compreende o contato direto, referente a consultas médicas e hospitalizações, como também o contato indireto, por meio da realização de exames preventivos e de diagnóstico. Destaca-se também que o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do

indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Para Sanchez e Ciconelli (2012), a definição de acesso à saúde vem despertando muito interesse, pois é um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento de planejamentos em saúde. No entanto, esse conceito está mais complexo, a partir da incorporação de aspectos de mais difícil mensuração, como sócio-organizacional e/ou geográfico.

Souza *et al* (2008) definem, em um estudo de revisão realizado sobre acesso e acolhimento na Atenção Básica, que o acesso está relacionado com a resolubilidade das necessidades da população e vai além da dimensão geográfica, abrangendo também aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

O acesso das pessoas aos serviços de saúde está relacionado à capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades, também por meio da garantia do direito a ter saúde que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária. Dessa forma, o conceito de acesso aos serviços de saúde considera a relação estabelecida entre os cidadãos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas (AZEVEDO e COSTA, 2010).

Esses mesmos autores relatam que, durante o estudo que realizaram sobre o acesso como porta de entrada do sistema de saúde, na dimensão organizacional do acesso foram encontrados alguns obstáculos na entrada dos pacientes como a dificuldade em marcar consulta e a numerosa quantidade de famílias adscritas por área de abrangência das equipes de SF (AZEVEDO e COSTA 2010).

Levando em consideração que as palavras utilização e uso têm significados semelhantes, Travassos e Martins (2004), na conclusão de um estudo sobre acesso e utilização de serviços, apontam que o uso de serviços pode ser considerado uma medida de acesso, contudo não se explica apenas por ele, pois o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores, embora o acesso seja um importante determinante do uso.

Os resultados do presente estudo mostram bom desempenho das unidades no que se refere às variáveis do componente Utilização do atributo Acesso de Primeiro Contato. Pode-se, então, inferir que tanto na sede do município como nos distritos, as mães conseguem utilizar bem os serviços de APS disponibilizados para acompanhamento de seus filhos antes de ir a qualquer outro serviço de saúde, e que a referência para esses outros serviços é feita pelos CSF de origem da família.

Destaca-se que as médias dos CSF dos distritos tiveram melhor avaliação, ainda que os valores da sede sejam muito próximos. O CSF Tamarindo, que está localizado na sede, teve uma avaliação com baixa orientação à APS nesse atributo, não atingindo o escore de 6,6. Isto pode ser devido ao fato do bairro estar próximo de dois hospitais, onde a população pode procurar atendimento sem passar primeiro pelo CSF.

Com o mesmo raciocínio pode-se inferir que os CSF Aprazível, Baracho, Bonfim e Caracará que obtiveram média de escores 10,0 para este componente do Acesso de Primeiro Contato, esse resultado pode estar relacionado ao fato de os CSF serem os únicos equipamentos de saúde no distrito.

A variável B1, que tratava da ida da criança ao CSF antes de ir a qualquer consulta de revisão obteve boa avaliação, uma vez que tanto nos distritos como na sede de Sobral, a maioria das mães responderam levar primeiro seus filhos aos CSF de origem. Pode-se inferir que existe uma boa orientação das famílias quanto ao uso dos serviços, o que se deve à confiança nas equipes de SF.

Da mesma forma, a variável B2, que trata da ida da criança ao CSF a cada novo problema de saúde, teve uma boa avaliação por parte das mães entrevistadas. Esse resultado também pode ser atribuído ao nível de confiança que as pessoas têm com as equipes que as acompanham, além de outros aspectos como proximidade da residência aos CSF, disponibilidade de meio de transportes para deslocamento e ausência de barreiras geográficas.

Travassos e Martins (2004) descrevem, a partir de um estudo realizado por Andersen em 1968, que o uso de serviços de saúde depende de três fatores que são os determinantes individuais, agrupados nos fatores de predisposição; os fatores capacitantes e as necessidades de saúde. Pode-se dizer que existe uma relação entre esses três fatores, de forma que os fatores predisponentes influenciam os fatores capacitantes. Também se percebe que as necessidades representam o determinante mais

proximal da utilização dos serviços de saúde. Portanto a utilização não diz respeito exclusivamente aos determinantes individuais, mas depende também do sistema de saúde e do contexto social, da interação entre esses fatores e da experiência passada de utilização dos serviços.

Nesse mesmo contexto, Assis e Jesus (2012) também fazem relatos sobre os fatores influenciadores da utilização dos serviços de saúde, caracterizando como fatores predisponentes aqueles que existem previamente ao surgimento do problema de saúde, e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde, tais como as variáveis sociodemográficas. Já os fatores capacitantes são aqueles condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada e pela oferta de serviços. Os fatores determinantes estão relacionados às necessidades de saúde de cada pessoa que tanto podem ser pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção. Dessa forma, o uso de serviços de saúde é uma expressão positiva do acesso, no entanto, a utilização dos serviços depende também dos fatores individuais.

No estudo de Vieira (2010), percebeu-se que das pessoas que utilizaram o posto de saúde local, a grande maioria o escolheu devido à proximidade de casa ou por possuírem cadastros no serviço, além de ser a única opção em serviços de saúde na comunidade. As pessoas que procuraram outros serviços de saúde, justificaram que foram encaminhadas por profissionais de saúde ou foram por decisão própria ou indicação de alguém já que a unidade de saúde da localidade só tinha médico e enfermeiro atendendo a cada 15 dias. Este autor também infere que o horário de funcionamento do serviço e a disponibilidade do profissional influenciam no acesso das pessoas aos serviços de APS do local estudado. Nesse mesmo estudo, foi percebido que, na população da zona rural, a proximidade de casa e o cadastramento no serviço, além de ser a única opção de atendimento, refletiram na escolha como o principal serviço utilizado.

Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010) relatam que a busca pelos serviços da ESF está vinculada às condições agudas, no qual os pais buscavam atendimento para seus filhos nos casos de doença ou mal estar e isso era mais forte na zona rural do que na zona urbana. Para as consultas de rotina, verificou-se que a busca era mais representativa nas unidades da sede do município, ou seja, na zona urbana, o que demonstrava a facilidade

no acesso aos serviços de urgência e emergência na zona urbana, o que não existia na zona rural.

Souza *et al* (2008) em estudo realizado em três capitais do Nordeste, demonstram que a estruturação da atenção básica nucleada em saúde da família resultou na melhoria do primeiro acesso à unidade. No entanto, a forma de organização do trabalho das equipes de SF, como agendamento para grupos prioritários e triagem para a consulta médica, era causa de resistência por parte dos usuários, já que surgiam filas para novas demandas como ressaltados pelos usuários, devido ao privilégio dos grupos prioritários, como diabéticos e hipertensos. Isso gerou certa dificuldade dos usuários em compreender os critérios de seleção prioritária de atendimento na organização do trabalho e, ao mesmo tempo, expressou o desejo de uma situação ideal em que o privilégio fosse extensivo para qualquer cidadão.

Outro aspecto a ser considerado foi o fato da variável B3, que indagava sobre quando a criança tivesse que consultar um médico especialista, o seu serviço de saúde tinha que encaminhá-la obrigatoriamente, ter sido bem avaliada pelas mães entrevistadas. Esse aspecto será melhor discutido posteriormente no capítulo do atributo Coordenação, no componente Integração de Cuidados.

Macinko *et al* (2011), em estudo no qual a influência da APS nas internações de adultos, de 1999 a 2007, foi avaliada, conseguiram mostrar que as taxas de hospitalizações caíram muito no Brasil no período analisado, podendo ser atribuído a alguns fatores como à expansão do PSF nos municípios e estados, como também a uma rede de atenção básica integrada que oportuniza o maior acesso a serviços médicos básicos de todo o país.

O município de Sobral, com a AB estruturada desde 1997 e contando atualmente com uma cobertura de 85% do território com equipes de SF integradas com os outros níveis de atenção, consegue oportunizar a utilização das ações de saúde para sua população, por meio da organização de agendas e horários de atendimentos disponíveis para a população e pela proximidade da população a estas equipes, já que todos os bairros e distritos possuem CSF para acompanhamento da população adscrita.

Reis *et al* (2013), ao realizarem uma avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde, referem que a utilização foi mais bem avaliada que o acesso e que a ESF está sendo utilizada satisfatoriamente para obtenção de serviços preventivos.

6.4 Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

Da mesma forma que para a variável anterior, o atributo Acesso de Primeiro Contato pode ser avaliado a partir da acessibilidade às ações oferecidas pelos CSF tais como atendimento o mesmo dia em que procura o serviço, o tempo de espera pela consulta, a facilidade e a dificuldade em marcar consultas sejam de rotina ou de revisão e ainda o aconselhamento rápido por telefone.

Starfield (2002) caracteriza a acessibilidade como a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços (chegar e conseguir ser atendido pelo serviço). Essa acessibilidade não é uma característica exclusiva da APS, uma vez que todos os serviços devem estar acessíveis, no entanto na APS a acessibilidade é vista de forma mais específica, já que é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde.

Na avaliação geral desse componente, foi observado que apenas nove CSF apresentaram forte grau de orientação à APS pelas mães entrevistadas, com média de escores acima de 6,6, tendo o restante apresentado baixo grau de orientação à APS. Chama atenção o fato de o CSF Rafael Arruda ter apresentado média de escores muito baixa, com valor de 2,2, configurando uma séria deficiência neste atributo, o que representa a dificuldade do acesso das crianças aos serviços oferecidos por essa unidade de saúde.

Esse resultado foi semelhante ao do estudo de Ferrer (2013), que utilizou o mesmo instrumento de coleta de dados, uma vez que a média geral de escores para esse componente foi 6,07.

Nessa perspectiva, Araújo (2013), ao realizar uma avaliação dos atributos da APS utilizando o PCATool no Distrito Federal, demonstrou que, para os usuários, tanto das unidades básicas tradicionais como das unidades de ESF funcionam bem como porta de entrada. Ainda é importante considerar que a ESF teve uma avaliação mais desfavorável tanto na opinião dos usuários como dos profissionais, mostrando que a presença das equipes nas suas áreas territoriais não fez diferença no acesso aos cuidados da Atenção Primária como esperado.

Apesar do escore baixo desse componente, foi percebida uma boa avaliação na variável C1 quando perguntado às mães se sua criança é atendida no mesmo dia que

procura o CSF, se este estiver aberto, tanto da sede como dos distritos, o que indica que a AB de Sobral consegue garantir o atendimento das crianças nos serviços.

Dessa forma, Assis e Jesus (2012), a partir de uma análise realizada sobre acesso aos serviços de saúde para grupos especiais, atribuíram existir uma relação entre o acesso e a organização da marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário procura o atendimento, na busca da redução do agendamento em longo prazo, diminuindo assim o tempo de espera para a consulta médica. Nesse caso, procura-se equilibrar a oferta de serviços com a demanda de atendimento, adequando às práticas desenvolvidas na APS.

Oliveira *et al* (2012a) em estudo, realizado em um município do estado do Paraná, abordando o acesso de primeiro contato de crianças aos serviços de APS mostraram que, em relação ao atendimento à criança doente que procura a Unidade Básica de Saúde (UBS), nem sempre consegue atendimento para o mesmo dia, pois a quantidade de vagas disponíveis para consultas para demanda espontânea não é suficiente ou porque o serviço não está oferecendo resolutividade para os casos que chegam.

Na questão C2, apenas 38,7% na sede e 36,5% nos distritos afirmaram ter certeza de não esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta, enquanto 1/4 das mães afirmou ter dificuldades para marcar as consultas.

No estudo de Oliveira *et al* (2012a) foi observado que houve tempo de espera longo e foi necessário falar com vários profissionais para conseguir o atendimento. Nesse caso, foi calculada a média de espera entre conseguir a ficha de atendimento e efetivamente ser atendido, tendo como resultado aproximadamente cinco horas. O primeiro contato se deu com o guarda patrimonial, que é quem distribui as senhas por ordem de chegada, depois a distribuição de fichas é realizada pelo pessoal administrativo, às sete horas da manhã, quando abre a unidade que agenda as consultas diariamente.

Na busca da solução para a demora nas marcações de consultas, Chaves *et al* (2012) referem que deve haver redução de barreiras de acesso aos serviços de APS como o agendamento de consultas por meio da efetivação de horários permanentes de marcação, como também pela substituição de faltosos, o que resulta na eliminação de

filas evitáveis, bem como na constituição de um protocolo que estimule a continuidade e a longitudinalidade do cuidado.

Para a questão C3, que indaga se é fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de retorno, reavaliação de saúde ou puericulturas) da criança no serviço de saúde, a maioria das mães entrevistadas na sede e nos distritos responderam ter certeza que é fácil marcar hora para consulta de revisão de seu filho.

Não se assemelhando com os resultados de Sobral, no estudo de Oliveira *et al* (2012b) foi identificado que a atenção programada não é executada como prática das unidades e que ocorrem problemas com a humanização do cuidado, já que as pessoas precisam estar de madrugada à porta das unidades de saúde para conseguir o atendimento que procuram por demanda espontânea.

A variável C4, que trata do tempo de espera pelo atendimento após a triagem ou acolhimento, não apresentou boa avaliação, uma vez que a maioria das mães responderam ter certeza de esperar mais de 30 minutos para que o médico ou o enfermeiro atendesse sua criança. Nessa variável houve diferença significativa entre as respostas da sede e dos distritos, mostrando ser mais provável que as crianças dos distritos esperem mais de 30 minutos pelo atendimento do médico ou enfermeiro.

Essa situação pode ser atribuída ao fato de as equipes de SF terem que se deslocar diariamente da sede do município para os distritos, dessa forma, é provável que as crianças esperem pelo tempo de deslocamento das equipes da sede para os distritos, levando a essa maior espera pelo atendimento.

No que diz respeito à variável C5, que indaga se é difícil para mães conseguirem atendimento para seus filhos no CSF, embora 48,7% na sede e 47,6% nos distritos tenham afirmado ter certeza de que não era difícil conseguir atendimento, cerca de 1/3 das mães referiu que *provavelmente sim* ou *com certeza sim* tinham dificuldade de conseguir atendimento.

Oliveira *et al* (2012a) atribuem a demora em conseguir acesso ao atendimento não emergencial, percebida pelos profissionais, devido a unidade funcionar com agendamento de uma semana para outra, com consultas marcadas às sextas-feiras para a semana seguinte. No município do Paraná, onde foi realizado o estudo, o sistema funciona para o agendamento de consultas de rotina visando planejar ações

programáticas, contudo, para a atenção aos casos agudos, não é resolutivo, visto que, quando a família considera o atendimento médico necessário, nem sempre este estará disponível em sua unidade de referência, sendo necessário o deslocamento à unidade de emergência. As famílias consideram que esse sistema de atendimento, por meio de distribuição de fichas diárias ou semanais, não corresponde às suas expectativas.

Mendes *et al* (2012) ao avaliarem a acessibilidade na APS de Recife – Pernambuco, observaram que 43,7% dos frequentadores das unidades da ESF e 79,6% das unidades básicas tradicionais conseguem agendamento em até uma semana, e ainda 19,2% e 21,3% deles, respectivamente, são atendidos no mesmo dia.

O aconselhamento rápido das mães por telefone quando o CSF está aberto, caso necessário, representado pela variável C6, não teve boa avaliação. Ficou mais evidente o fato de que as mães não sabiam se o aconselhamento por telefone estaria disponível, isto pode refletir a não importância dos gestores dos CSF em oferecer este recurso de acessibilidade para as famílias adscritas, ou ainda que, mesmo que exista o aconselhamento por telefone, este não está sendo difundido para os usuários dos serviços. Esse tipo de recurso pode evitar idas desnecessárias aos CSF, diminuindo as filas de espera, o que facilita o acesso das pessoas que realmente necessitam de avaliação.

Como confirmação dos níveis de acessibilidades aos serviços de saúde, Travassos e Martins (2004), a partir de uma leitura de Penchansky e Thomas (1981), afirmam que é necessária a inclusão de dimensões para avaliar o acesso como a disponibilidade de serviços em relação às necessidades, a própria acessibilidade como uma dimensão do acesso, o acolhimento dos pacientes que procuram os serviços, a aceitabilidade e a capacidade de compra, esta última não se aplicando ao SUS, já que este não é comprado. Em nosso estudo a acessibilidade também é colocada como uma dimensão do acesso e que está relacionada com a disponibilidade da atenção às crianças a partir da facilidade de atendimento, do tempo de espera e do aconselhamento rápido por telefone.

Em um dos municípios no qual foi avaliada a acessibilidade na Atenção Básica por Souza (2008), constatou-se que existem muitas dificuldades de acessibilidade em virtude da desproporção entre demanda e oferta de serviços. Na unidade de saúde da família, os usuários reconheceram fatores facilitadores, como marcação de alguns

atendimentos pelo agente comunitário de saúde, o que não pôde ser avaliado em nosso estudo. No entanto, como a equipe prioriza o agendamento para usuários vinculados às ações programáticas, parte da clientela fica dependente de vagas e, devido à grande demanda, persistem filas e insatisfação, na medida em que os usuários chegam à unidade. No estudo citado, esta situação, em parte, foi atribuída ao número reduzido de médicos na unidade o que novamente não pôde ter sido avaliado em nosso estudo. Alguns resultados de estudos realizados de 2002 a 2008, em várias regiões do Brasil, com o objetivo de avaliar a APS no Brasil. Problemas no acesso aos serviços de saúde estavam entre os principais problemas encontrados. Destaca-se aqui a não abertura das UBS nos fins de semana e a partir das 18hs, além de que as UBS não funcionam como porta de entrada ao sistema de saúde.

É necessário mudanças na organização dos CSF para que o acesso da população aos serviços de saúde se torne facilitado, seja pela adequação da oferta de vagas de consultas, pelo tempo disponibilizado para essas consultas, ou ainda pela oferta de recursos de acessibilidade que evitem as longas filas de espera.

Um aspecto importante é o fato de que embora o componente Acessibilidade tenha mostrado em 19 CSF escore abaixo de 6,6, ou seja, com baixa orientação à APS o atributo Acesso de Primeiro Contato obteve um escore de 7,3 e 7,4, respectivamente na sede e nos distritos, que lhe confere uma forte orientação à APS. Essa pode ser uma dificuldade do PCATool quando se analisam apenas os escores dos atributos, sendo necessário contemplar, também, as respostas às questões dos componentes.

O presente estudo esteve de acordo com a literatura ao evidenciar a grande dificuldade no quesito Acessibilidade, que implica vários componentes, como foi visto acima. O acesso visto simplesmente como conseguir o atendimento, não importa em que condições de acessibilidade, obteve boa avaliação, mas dificuldades existem para esse atendimento, indicando a necessidade de mudanças na organização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

6.5 Longitudinalidade – Componente Grau de Afiliação

Dos atributos da APS e seus componentes avaliados, a Longitudinalidade obteve a melhor avaliação. Foi identificado forte grau de orientação à APS pelas mães na grande maioria dos CSF, com um escore de 8,2. Dessa forma, pode-se inferir que a relação entre as famílias e as equipes de SF de Sobral está bem estabelecida, o que demonstra confiança e vínculo nos serviços disponibilizados por parte dos usuários.

O Grau de Afiliação, que é um dos componentes do atributo Longitudinalidade, diz respeito à vinculação das famílias aos CSF e às equipes de SF, ou seja, está relacionado à identificação do serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados da criança.

Esse componente apresentou boa avaliação por parte das entrevistadas. Apenas dois CSF na sede, Tamarindo e Vila União, apresentaram escores abaixo de 6,6. Portanto, no município de Sobral, o componente Grau de Afiliação mostrou forte orientação para a APS. É importante destacar que todas as variáveis desse componente foram bem avaliadas pelas mães entrevistadas.

Na questão A1 (Há um profissional onde você geralmente leva sua criança quando ele está doente?) na sede, 92,2% e nos distritos 100% das mães referiram que havia um profissional a quem sempre levavam a criança quando ela estava doente, sem diferença estatística entre a sede e o distrito. Da mesma forma, a maioria das mães referiram ser esse o mesmo profissional que conhecia a criança, e que era o responsável pelo atendimento da criança, sem diferenças entre a sede e os distritos.

Diferente dos resultados do presente estudo, Ferrer (2013) afirma, em seu estudo, que esse foi o componente com pior avaliação, uma vez que foi obtido escore de 3,03, configurando uma baixa identificação dos usuários com os seus serviços de origem, sendo significativamente pior avaliado pelos usuários não atendidos pela ESF.

No estudo de Oliveira (2012), foi obtido resultado não satisfatório para esse componente para as unidades de AB, já que obtiveram média geral de escore 1,7. No entanto, para às unidades com ESF, houve uma boa avaliação pelas mães das crianças, com média de escores 9,0 para o Grau de Afiliação, portanto, com resultados semelhantes ao presente estudo.

A partir dos resultados encontrados, demonstra-se a existência de um bom vínculo das crianças do município com algum profissional ou serviço de saúde. É cabível inferir que os CSF de Sobral estão conseguindo estabelecer vínculo com as crianças de sua área adscrita, o que pode refletir em um acompanhamento mais qualificado, melhor adesão aos tratamentos e no aumento do nível de confiança da população na equipe de SF.

6.6 Longitudinalidade – Componente Vínculo

Nesse atributo observou-se o vínculo com os profissionais de saúde, a orientação por meio de ligação telefônica, o entendimento das falas tanto dos profissionais como das mães entrevistadas, se o tempo dado para a fala das mães é suficiente ou não, a integração entre mães, profissionais e as crianças, e a necessidade de mudança de unidade de atendimento se necessário. Para diferenciar o componente Longitudinalidade do atributo Longitudinalidade, Ferrer (2013) utiliza o termo Vínculo com o mesmo sentido utilizado por Starfield para o componente Longitudinalidade.

Starfield (2002) define a Longitudinalidade no contexto da APS, como sendo uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes e que, por algumas vezes, é considerada como continuidade. Porém esta mesma autora refere que a continuidade não é necessária para que a Longitudinalidade exista, já que as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, não interrompem a relação.

Esse conceito também é confirmado por Cunha e Giovanella (2011) que, por meio de uma revisão bibliográfica sobre a Longitudinalidade, a definem como a relação entre um médico e um paciente que se estende além de episódios específicos de doença. Relação esta sendo considerada um reflexo de um senso de afiliação, frequentemente expresso em termos de contrato implícito de lealdade por parte do paciente e responsabilidade clínica por parte do médico. Ressaltam ainda que a afiliação a uma fonte regular de cuidado é por vezes referida como continuidade interpessoal e que esta favorece a melhora da comunicação, confiança e senso de responsabilidade.

O componente Vínculo foi muito bem avaliado, com forte orientação à APS. Apenas dois CSF na sede e um no distrito não alcançaram o escore 6,6. É interessante observar que no componente Grau de Afiliação o CSF Tamarindo obteve escore 5,0 e o CSF Vila União o escore 6,0, enquanto que no componente Vínculo obtiveram escores de 8,3 e 7,1 respectivamente. O CSF Rafael Arruda que no componente Grau de Afiliação alcançou um escore de 8,7, no componente Vínculo teve um escore de 5,4. Como os dois componentes deste atributo refletem a relação estabelecida pelos pacientes com o serviço de APS esperava-se maior concordância. Reforça-se aqui a necessidade de uma avaliação mais detalhada das respostas obtidas em cada componente.

Os escores alcançados por quase todos os CSF nesse componente permitem pensar que a relação entre as famílias e as equipes de SF de Sobral está bem estabelecida, o que pode indicar vínculo e confiança por parte das famílias nos serviços disponibilizados.

Araújo (2013), em seu estudo, revela que as equipes de SF estabelecem vínculo mais forte com as pessoas de sua área adscrita, mesmo não atingindo escores elevados. A presença das equipes da ESF junto à população, e a responsabilidade do cuidado estendido à família provavelmente são fatores que facilitam a formação do vínculo das equipes com as famílias acompanhadas.

No presente estudo, observou-se um forte vínculo entre os profissionais de saúde e as crianças acompanhadas, já que 66,1% das mães entrevistadas na sede e 55,6% nos distritos responderam que sempre seus filhos são atendidos pelo mesmo médico ou enfermeiro do CSF. Ressalta-se que, nessa variável, o desempenho dos CSF da sede apresentou melhor avaliação do que os CSF dos distritos.

Além do estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local, Cunha e Giovanella (2011) explicam que são necessários mais dois elementos para a composição da Longitudinalidade, a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária e a continuidade informacional.

Nesse estudo, também é possível inferir que esse atributo está fortemente presente, pois os CSF são considerados uma fonte regular de atenção primária e a continuidade informacional foi confirmada pelas respostas das mães, quando foi

observada uma boa avaliação na maioria dos CSF em todas as variáveis referentes à longitudinalidade.

Cunha e Gionanella (2011) citam os resultados de um estudo realizado por Mainous *et al* (2001) no Reino Unido, no qual o acompanhamento por um mesmo médico ao longo do tempo está associado com o aumento da confiança nele, mas não necessariamente em uma relação direta de causa e efeito. Em todo caso, a continuidade seria um nutriente para a confiança.

A avaliação com desempenho inferior nesse atributo foi registrada na variável D2, relacionada à possibilidade da mãe ligar para o CSF e tirar dúvidas com quem melhor conhece sua criança. Esse resultado era esperado pelo fato de os CSF de Sobral ainda não estarem organizados para oferecer orientações ou respostas às perguntas da população adscrita por telefone.

Para a variável D4 (O profissional ou serviço de saúde responde suas perguntas de maneira que você entenda?) obteve-se altas percentagens de respostas afirmativas, verificando-se que as respostas da sede foram melhores que as dos distritos, com diferença significativa estatisticamente. É mais provável que os pacientes da sede entendam mais as respostas dadas pelos profissionais ou serviços de saúde. Isto pode ser reflexo do grau de escolaridade das mães dos distritos, já que as mães da sede apresentam um melhor desempenho na escolaridade que as mães dos distritos, dificultando o entendimento das respostas.

As variáveis D5 e D6, nas quais foram avaliados o tempo dado às mães para falarem dos problemas de seus filhos e se a mãe se sente à vontade para contar os problemas, para os profissionais de saúde podem refletir o nível de confiança entre as mães e os profissionais de saúde.

O fato do profissional de saúde conhecer a criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde foi bem avaliado, com 51,3% das mães da sede e 49,2% nos distritos respondendo que isso ocorre com certeza. Também foi bem avaliado o fato do profissional de saúde conhecer a história clínica completa da criança, no qual 54,8% das mães na sede e 65,1% nos distritos respondendo *Com certeza, sim*.

Gomes e Silva (2011) reforçam que a relação entre a adscrição da clientela e a utilização do serviço ao longo do tempo juntamente com a consequente aproximação entre profissionais de saúde e sua população adscrita devem possibilitar maior conhecimento dos profissionais sobre os problemas dos pacientes. Portanto, há a probabilidade de uma boa aproximação entre os profissionais da ESF de Sobral com a sua população adscrita, refletindo no vínculo e confiança para com as equipes de SF.

Nessa perspectiva, Mello *et al* (2012) reconhecem que o contato entre os profissionais de saúde, as famílias e a comunidade pode melhorar a qualidade de vida e de desenvolvimento da infância. Os profissionais de saúde podem construir alternativas de mudança e de promoção dos cuidados infantis, compreender as diversas situações e possíveis ações, com diálogo compartilhado com as famílias, para que o cuidado à saúde de todos os membros familiares se estabeleça de forma integral e ao longo do tempo.

Entendendo a Longitudinalidade também como a continuidade do cuidado, Cunha e Gionanella (2011), citam os resultados de um estudo realizado por Maeseneer e outros autores no ano de 2003, no qual após ajustes por fatores sociodemográficos, econômicos e presença de comorbidade, encontraram forte associação entre continuidade do cuidado com médico de família e menores gastos em saúde. Ou seja, os resultados do estudo indicaram que a Longitudinalidade estava associada com a eficiência na APS, resultando em economia para os sistemas de saúde.

Oliveira e Pereira (2013) afirmam que a presença do atributo Longitudinalidade na ESF tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade. Da mesma forma, entende-se que a formação de profissionais de saúde, quando desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com distintas características socioculturais, constituindo um obstáculo ao alcance da Longitudinalidade pessoal na ESF.

Campos (2013) afirma que a continuidade do cuidado e a vinculação das equipes ao território são imprescindíveis para a garantia dos princípios da promoção e da prevenção, possibilitando o planejamento do trabalho em saúde a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades.

Um aspecto positivo na avaliação deste componente que merece ressalva foi observado na questão D11, que indagava se as mães mudariam de profissional ou serviço de saúde se isso fosse fácil de fazer. Pelo fato de ter havido uma boa avaliação, pois 61,7% das mães na sede e 58,7% nos distritos responderam ter certeza em não querer fazer essa mudança. O que mais uma vez confirma o vínculo e a relação de confiança que parece existir entre os profissionais da ESF de Sobral e a população por eles acompanhada.

Cunha e Giovanella (2011), ao afirmar a Longitudinalidade como característica central da APS, consideram que se pode utilizar somente esse atributo para sua avaliação. Dessa forma é possível afirmar, a partir dos resultados obtidos, que no município de Sobral a Longitudinalidade está estabelecida refletindo uma boa avaliação da APS no município.

6.7 Coordenação – Integração de Cuidados

O atributo Coordenação é avaliado pelos seus componentes – Integração do Cuidado e Sistemas de Informação. Esse Atributo obteve um escore 7,4 sendo 7,3 na sede e 7,2 nos distritos, mostrando forte orientação das mães entrevistadas à APS.

O componente Integração de Cuidados demonstra a presença da integração entre os serviços disponíveis nos diferentes níveis de atenção, avaliando a comunicação entre os profissionais quando ocorre a referência das crianças de um nível de atenção para o outro e, também, o conhecimento desses profissionais sobre as ações realizadas nos serviços em que as crianças foram referenciadas.

Starfield (2002) considera que o atributo Coordenação da Atenção é essencial para a obtenção dos outros aspectos, pois, na sua ausência, a Longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a Integralidade seria dificultada e a função de Primeiro Contato se caracterizaria por ser uma função puramente administrativa. A Coordenação tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores, e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Nessa perspectiva, Oliveira e Pereira (2013) definem a Coordenação da Atenção como sendo a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados, que é ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção a saúde.

De acordo com as mães entrevistadas, 50,5% já foram consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que está sendo acompanhada pelo CSF. Houve uma pequena diferença entre os resultados dos distritos, com percentual maior de atendimentos especializados 54,0%, e a sede com percentual menor 49,6%.

A variável E2 que indaga se a procura pelo especialista foi indicada pelos profissionais da APS não foi bem avaliada. Das mães entrevistadas, 50,4% na sede e 46,0% nos distritos responderam não saber ou não lembrar se os profissionais do CSF indicaram a procura pelo especialista, enquanto 35,5% do total das mães atribuíram a procura pelo atendimento especializado à indicação do CSF.

Como nem todas as necessidades de saúde conseguem ser atendidas na AB, as pessoas têm de ir a outros lugares por vários aspectos dessas necessidades, o que muitas vezes ocorre por autoencaminhamento, também ocorrendo por consultas a outras pessoas ou por encaminhamento dos profissionais da AB. Existe uma necessidade da AB de integrar ou coordenar os serviços prestados por diferentes membros da equipe de profissionais (STARFIELD, 2002).

A variável E3 (O “*médico/enfermeiro*” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?) foi mal avaliada pelas entrevistadas com 51,7% de respostas *Não sei / Não lembro* na sede e 47,6% nos distritos. Por meio destas respostas, também pode se inferir que há uma fragilidade na integração de cuidados.

Da mesma forma, as variáveis E4 (O “*médico/enfermeiro*” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?), E5 (Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “*médico/enfermeiro*” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?) e E6 (O seu “*médico/enfermeiro*” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança pelo especialista ou serviço especializado?) obtiveram baixo percentual de boas avaliações. Em todas elas,

houve maioria de respostas *Não sei / Não lembro*, também indicando baixo grau de orientação à APS.

As respostas em todas as variáveis desse componente foram semelhantes, uma vez que houve predominância de respostas *Não sei/Não lembro*, o que indica um baixo grau de orientação à APS para a integração de cuidados. Essa baixa avaliação dos CSF dos distritos ficou por conta dos CSF Baracho, Bilheira e Torto não terem pontuado para este componente. Isso se deve à orientação do manual do PCATool Brasil de que quando a soma de respostas em branco com respostas “*Não sei/Não lembro*” atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), o escore deste componente não deve ser calculado. Portanto, o escore deste componente ficará em branco no banco de dados, o que aconteceu com os CSF citados anteriormente.

Esses resultados são compatíveis com o estudo de Ferrer (2013), no qual não foi atingido o ponto de corte para esse componente, obtendo média de escores 5,27, considerado baixo grau de orientação à APS. Já no estudo de Oliveira (2012) esse componente do atributo coordenação obteve média 7,5, o que demonstrou forte grau de orientação à APS.

Com isso pode-se afirmar que a integração de cuidados da APS com os outros níveis de atenção no município de Sobral está deficiente, ou seja, após os profissionais de saúde encaminharem as crianças para outros serviços, perde-se o contato com os serviços para os quais estas crianças foram encaminhadas e sequer os profissionais da APS demonstraram interesse em saber os resultados dos atendimentos realizados pelos outros serviços.

O desenvolvimento de sistemas organizados de serviços, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços, aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la (STARFIELD, 2002).

Oliveira e Pereira (2013) afirmam que a Coordenação tem maior importância relativa aos outros atributos quando se pensa na APS como coordenadora das redes de atenção à saúde, já que, sem ela, o Primeiro Contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a Longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a Integralidade ficaria comprometida.

Araújo (2013), afirma que a subdimensão Integração dos Serviços quando não é bem avaliada pelos cuidadores de crianças reflete a fragilidade da rede de serviços em dar resposta às necessidades de saúde da população infantil.

Percebe-se que nesse atributo existe o desafio de superar as dificuldades, na perspectiva de uma APS coordenadora do seu sistema de saúde, na busca da garantia de uma atenção à saúde da criança de qualidade e com integração entre os diferentes níveis de atenção.

No estudo de Araújo (2013), a subdimensão Integração do Cuidado foi avaliada como inadequada pelos usuários, no entanto para os profissionais de saúde existem outras dificuldades, principalmente de organização da coordenação pelos sistemas de saúde, o que pôde ser percebido por meio de discursos como não terem retorno das referências feitas para os outros níveis de atenção, não receberem informações dos próprios pacientes, pois muitas vezes as mães não sabem falar ou relatar o que ocorreu nas consultas.

O que também foi confirmado no estudo de Gomes e Silva (2011) ao se perceber que a garantia da Integralidade da atenção ou Integração do Cuidado era uma das grandes preocupações dos médicos da ESF que reclamam por melhorias no sistema que não está organizado para a garantia da Coordenação, foi que quando os pacientes necessitam de atendimento especializado não sabem se o paciente foi atendido, se foram solicitados exames, e quando o caso é mais grave, eles fazem visitas ao hospital para obterem informações sobre o acompanhamento dos pacientes.

A importância desse componente fica ressaltada por Oliveira e Pereira (2013) ao afirmarem que a integração das unidades de saúde da família à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas.

6.8 Coordenação – Sistemas de Informações

Para esse componente do atributo Coordenação, foi avaliada a continuidade da atenção por meio de prontuários médicos ou outros registros, tais como fichas de atendimento de emergência e cartões de vacinas.

Houve uma boa avaliação por parte das mães do componente Sistemas de Informação com médias de escores próximas entre os distritos e a sede, uma vez que a grande maioria dos CSF apresentou média de escores acima de 6,6, o que indica um forte grau de orientação à APS.

No entanto, um aspecto a ser destacado se refere à avaliação do CSF Patriarca, com média de escores 5,9, bem abaixo da média dos escores dos CSF dos distritos, onde ele está situado. Isso pode ser atribuído tanto à organização do setor Serviço de Arquivo Médico (SAME), que é responsável pela movimentação dos registros nos CSF, como na ausência de orientações para as famílias sobre a importância da presença de registros sobre a saúde da criança, durante as consultas.

Quando indagadas se ao procurarem os serviços de saúde levam algum registro de saúde de seus filhos, a grande maioria, 89,4% das mães respondeu ter certeza de portarem estes documentos. Portanto, é notória a importância que as mães conferem a ter esses registros quando procuram os serviços de saúde.

Em estudo realizado por Araújo (2013), onde foram avaliados os atributos da APS no Distrito Federal, na coordenação da atenção foi percebido que a caderneta de acompanhamento da criança é um fator facilitador para consecução desse atributo e que a desarticulação dos níveis de atenção é um fator dificultador.

A variável F2 (Quando você leva sua criança no (a) *serviço de saúde ou médico/enfermeiro*, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?) também foi muito bem avaliada, na qual 91,7% das mães na sede e 85,7% nos distritos responderam que o prontuário de seus filhos sempre estava disponível nas consultas. Isso demonstra a responsabilidade dos profissionais dos CSF de Sobral em obter informações de problemas de saúde anteriores que possam direcionar a assistência ao novo problema, dando maior resolutividade ao caso. É necessário, portanto, o aperfeiçoamento dessas

formas de registros na busca da garantia da disponibilidade dessas informações não só para os profissionais da AB, como para todos os níveis de atenção à saúde.

Gomes e Silva (2011) afirmam que, para manter a essência da Coordenação, devem ser disponibilizados, em meios restritos, todas as informações a respeito de problemas e serviços anteriores referentes a cada usuário e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para cada atendimento.

Araújo (2013), a partir de seu estudo, infere que a implantação de prontuários eletrônicos é um recurso necessário para qualificar as informações relativas aos pacientes em qualquer ponto da rede de atenção.

Da mesma forma, Almeida *et al* (2010), ao analisarem instrumentos e estratégias de coordenação na ESF, perceberam que a construção de sistemas de regulação é essencial para a APS reforçando seu caráter de porta de entrada preferencial, responsável pela coordenação entre níveis e de seu papel indutor de mudanças no modelo assistencial. Também foi observado que o investimento em tecnologia da informação, implantação de prontuário eletrônico e desenvolvimento de protocolos de coordenação clínica são fundamentais para a efetivação da coordenação da atenção e para a garantia da atenção integral.

Importante fazer ressalva à variável F3 (Você poderia ler o prontuário / ficha de sua criança se quisesse?), pois houve uma proximidade entre a quantidade de respostas. Não é um costume em Sobral, os pacientes solicitarem os prontuários para ler as informações contidas neles, daí que aproximadamente 50% das mães tanto na sede como nos distritos tenham respondido que “*Com certeza não*” ou “*Provavelmente não*” ou “*Não sei / Não lembro*”.

Com os resultados obtidos na avaliação deste atributo, pode-se inferir que tanto na sede como nos distritos de Sobral, as mães levam registros anteriores de saúde das crianças para os CSF, o que facilita o atendimento pelos profissionais de saúde. Da mesma forma, percebe-se uma boa organização dos CSF quando disponibilizam os prontuários das crianças para as consultas, facilitando a obtenção de informações pelos profissionais que as atendem.

No entanto, é necessária a mudança de postura das equipes de SF para que seja facilitado o acesso das mães aos prontuários de seus filhos com a finalidade de torná-las participantes e responsáveis também pela assistência à saúde das crianças.

Almeida, Fausto e Giovanella (2011), na busca de analisar as ações para o fortalecimento da APS, observaram que a compreensão da ESF como coordenadora do percurso terapêutico no interior do sistema de saúde acompanhou as medidas para expandi-la e fortalecê-la. Nesse sentido, as iniciativas brasileiras alinham-se às reformas europeias, que buscaram, principalmente por meio da consolidação da função de porta de entrada, estender a resolutividade dos serviços prestados pela APS e fortalecer o seu papel de coordenação ao interior da rede de serviços de saúde.

6.9 Integralidade – Serviços Disponíveis

O Atributo Integralidade obteve um escore 7,1 sendo 7,0 na sede e 7,6 nos distritos, portanto com forte orientação à APS.

No componente Serviços Disponíveis do atributo Integralidade, observam-se os serviços que os CSF disponibilizam para a sua clientela como vacinação, orientações para cadastramento em programas sociais e programas de suplementação nutricional, aconselhamento para problemas com o uso de drogas e para saúde mental, a realização de suturas e a identificação de problemas visuais.

Starfield (2002) considera que o atributo Integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa das necessidades relacionadas à saúde dos pacientes e disponibilize os recursos para abordá-la. Requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade de serviços disponíveis prestados na APS deve, assim, variar de comunidade para comunidade de acordo com a incidência ou prevalência de problemas. Quando esses serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, as doenças preveníveis podem não ser prevenidas, as doenças podem ocorrer com mais facilidade e a qualidade de vida das pessoas assistidas pode ser colocada em risco.

A Integralidade da atenção é formada por quatro dimensões: a primazia das ações de promoção e prevenção que se relaciona ao campo político de prioridades; a

garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica que se relaciona à organização do sistema de atenção; a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação que se relaciona à gestão do sistema e; a abordagem integral dos indivíduos e família que se relaciona ao cuidado individual (GIOVANELLA *et al*, 2002).

Oliveira e Pereira (2013) afirmam que das quatro dimensões descritas destacam-se a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação observando a necessidade de uma nova forma de organizar e agir em saúde com a constituição de saberes e de ações que se interpenetrem. E a outra dimensão destacada é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram.

Esse componente da Integralidade obteve uma avaliação regular pelos CSF apresentando uma variabilidade nas médias de escores com as melhores médias nos CSF dos distritos e piores nos CSF da sede do município. Dos 15 CSF da sede, nove não alcançaram o escore 6,6 e dos 13 CSF dos distritos, quatro tiveram escores menores que 6,6.

Nesse componente da integralidade, os três maiores valores de escores são do CSF Aprazível (9,0), do CSF Bonfim (8,4) e do CSF Baracho (8,3). Dos CSF da sede do município, o CSF Tamarindo obteve a maior média (7,6) seguido do CSF Alto da Brasília com média de 7,5.

Os três piores resultados estão apresentados pelo CSF Cohab 2 (4,6), CSF Junco (4,8), ambos situados na sede do município, e CSF Caioca (4,8) localizado no distrito de Caioca, o que evidencia a dificuldade em disponibilizar serviços e orientações em saúde para os usuários da comunidade adscrita.

As variáveis G1, G3 e G8, que tratam sobre a disponibilidade de vacinas, planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais, aconselhamento e solicitação de exames anti-HIV respectivamente, foram as melhores avaliadas nesse componente.

Para a variável que abordou a solicitação de anti-HIV, mesmo tendo apresentado uma boa avaliação, foi percebida uma diferença significativa entre as respostas dos CSF da sede e dos CSF dos distritos, sendo mais provável que um indivíduo do distrito tenha

aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV do que o indivíduo da sede do município.

A variável G4, que trata da orientação sobre programa de suplementação nutricional, não apresentou boa avaliação, com 38,2% das mães entrevistadas respondendo não receber esse tipo de orientação. Também foi observado que houve diferença significativa entre a sede e os distritos de Sobral nessa questão, sendo mais provável verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social nos CSF dos distritos do que nos CSF da sede do município. Isso pode estar relacionado tanto à organização e gestão dos CSF como à organização e gestão do sistema de saúde municipal, já que esses serviços devem estar disponíveis para a população adscrita.

Uma avaliação não satisfatória da oferta de serviços foi observada no estudo de Araújo (2012) tanto pelas mães de crianças como pelos profissionais de saúde. No geral, as mães avaliaram que nem sempre esses programas atendem as necessidades mais comuns das suas crianças. Já os profissionais relataram que alguns fatores estruturais e processuais certamente comprometem a integralidade da atenção à saúde das crianças. Neste estudo foi identificado que algumas unidades da ESF do Distrito Federal não ofereciam vacinas, o que difere deste estudo quando se observa que todos os CSF do município de Sobral oferecem vacina para as crianças, de acordo com as respostas das mães.

Na questão G5 (aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas) não houve uma boa avaliação, uma vez que apenas 18,7% das mães da sede e 20,6% dos distritos responderam que os CSF oferecem esse tipo de aconselhamento. Da mesma forma, na questão G6 somente 29,6% das mães da sede e 23,8% nos distritos responderam ter certeza que o CSF oferece aconselhamento para problemas de saúde mental. O que pode está refletindo a ausência dessas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde a partir da reforma psiquiátrica visando garantir atenção a pessoas com transtorno mental grave e persistente, a atenção a pessoas egressas de internações psiquiátricas com transtorno mental grave, além da atenção a pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas ou drogas ilícitas.

Outro aspecto a ser destacado neste componente diz respeito à variável G7, na qual 31,7% do total das mães responderam ter certeza da disponibilidade de sutura se necessário e 31,7% do total das entrevistadas responderam ter certeza da não

disponibilidade desse serviço. Observa-se também, que houve grande diferença entre a sede e os distritos, com 25,7% e 54% respectivamente de afirmações de certeza da oferta desse procedimento, sendo mais provável que os profissionais dos distritos realizem uma sutura de um corte do que os profissionais da sede. O que pode ter relação com o fato dos CSF da sede estarem próximos às unidades de atenção secundária e terciária, fato este que, entretanto, não justifica a ausência de sutura em unidades de AB.

Na questão G8, relacionada à realização do aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, embora havendo uma boa avaliação para esta variável, visto que 68,3% das mães responderam que os CSF oferecem esse serviço, foi percebida uma diferença significativa entre os resultados do CSF da sede e dos distritos. Portanto, pode-se afirmar que é mais provável que os moradores dos distritos recebam mais orientações para a realização do exame anti-HIV do que as pessoas da sede.

Este atributo foi avaliado em um estudo realizado por Chomatas (2013) em Curitiba utilizando também o PCATool obtendo como resultados a observância de escores médios elevados tanto para as unidades com ESF como para as unidades tradicionais de atenção básica, porém com melhor desempenho nas unidades com ESF, o que difere do desempenho dos CSF avaliados neste estudo, considerado regular.

Como justificativa para a má avaliação do atributo Integralidade na cidade de Juazeiro do Norte – CE, Gomes e Silva (2011), descrevem que os enfermeiros fizeram queixas sobre a falta de recursos para realizar uma assistência adequada relatando falta de material para trabalhar com qualidade, sobre as estruturas das unidades de saúde que são inadequadas e, ainda, que o que se aprende nos treinamentos não é colocado em prática.

Diante do exposto, pode-se inferir que a AB do município de Sobral necessita ter um cuidado maior com o atributo Integralidade no componente Serviços Disponíveis, já que algumas das variáveis foram mal avaliadas pelas mães, o que pode ser reflexo da não disponibilidade de alguns serviços, ou da ausência de divulgação, por parte das equipes de SF, dos serviços oferecidos nos CSF.

6.10 Integralidade – Serviços Prestados

Esse componente do atributo Integralidade diz respeito aos temas importantes para a saúde da criança que são abordados durante as consultas com o médico ou enfermeiro. Observam-se os serviços que as equipes de saúde da família prestam para as crianças, tais como orientações durante as consultas nos CSF.

Starfield (2002) afirma que a lista de serviços prestados para a população deveria ser determinada pela variedade de necessidades da comunidade. Em um método para defini-las, a unidade documenta as necessidades de saúde da sua população e usa os dados para estabelecer as suas prioridades.

Oliveira e Pereira (2013) afirmam que a dimensão que trata da articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação tem sido desenvolvida por meio de ações de saúde coletiva ou como ações de atenção clínica e individual, sendo necessária uma nova forma de organizar e agir em saúde com a constituição de saberes e de ações que se interpenetrem.

O componente Serviços Prestados obteve, no geral, uma boa avaliação. Destaca-se nesse componente da Integralidade, a sede do município tendo o melhor padrão das médias dos escores em relação ao padrão das médias dos distritos. Os CSF da sede com melhores médias foram o CSF Sinhá Sabóia (9,1), o CSF Padre Palhano (9,0) e o CSF Estação (8,9), no entanto, a segunda pior média geral foi do CSF Cohab 2 com valor de 5,8, único na sede a não alcançar o escore de 6,6.

Nos distritos, mesmo com o padrão das médias inferior à sede, foi verificada a melhor média de todos os avaliados no CSF Baracho (9,8), como também a pior ficando com o CSF Caioca com média dos escores 4,2. Os CSF Bilheria e Taperuaba também tiveram escores abaixo de 6,6.

É interessante notar que os CSF Cohab 2 e Caioca foram mal avaliados nos dois componentes do atributo Integralidade, obtendo médias de escores muito baixas. Já o CSF Junco mal avaliado para o componente Serviços Disponíveis, apresentou escore 7,8 para o componente Serviços Prestados. Os destacados com melhores escores no componente anterior continuaram com boas avaliações nesse componente Serviços Prestados.

Todas as variáveis deste componente da Integralidade foram bem avaliadas pelas mães entrevistadas. Destaca-se aqui a variável H1 (Orientações para manter a criança saudável, boa higiene ou sono adequado) que obteve o melhor desempenho, na qual 91,7,% das mães da sede e 85,7% dos distritos responderam ter certeza de receber essas orientações durante as consultas de seus filhos.

Para Gomes e Silva (2011) a Integralidade, na dimensão dos Serviços Prestados, deve ser garantida por meio de atendimento diversificado, organizado e humano, possibilitando a promoção, a prevenção, a restauração da saúde e a reabilitação das pessoas.

Mesmo sendo bem avaliada, a questão H4, relativa às maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças, um quarto das mães, tanto na sede como nos distritos responderam não receber essas orientações dos profissionais dos CSF. Este dado pode refletir tanto a falta de preparo dos profissionais como a não consciência da importância destes aspectos na abordagem aos problemas de comportamento das crianças.

Na questão H5, que trata das orientações sobre como manter a criança segura, houve maioria de respostas *Com certeza, sim*, com 73,4% do total das mães entrevistadas afirmaram ter certeza de receber essas orientações.

Cursino e Fujimori (2012), ao fazer uma revisão bibliográfica sobre a Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança por meio de atendimentos realizados pela enfermagem na atenção básica, constataram prejuízo na integralidade da atenção, ao observar inadequação do espaço físico, diálogos rápidos e fragmentados, orientações incompletas e atendimentos simultâneos que comprometiam a comunicação, além da ausência de aspectos sobre o seguimento da criança e sobre educação em saúde.

A partir da análise geral deste componente percebe-se que o município de Sobral está bem organizado no que diz respeito às informações tratadas durante as consultas das crianças com o médico ou o enfermeiro, já que todas as questões relativas aos serviços prestados obtiveram maioria considerável de respostas *Com certeza, sim*. Pode-se

, portanto afirmar que o atributo Integralidade, por meio do componente Serviços Prestados, está sendo garantido pelas equipes de SF do município de Sobral.

6.11 Orientação Familiar

Este atributo trata da orientação que o profissional de saúde tem em relação às famílias e seus membros por ele acompanhados, ou seja, conhece os membros da família dos pacientes e de seus problemas (STARFIELD, 2002).

Foram abordadas questões como o conhecimento do profissional sobre os problemas mais importantes das famílias, o trabalho dos familiares, problemas financeiros, opiniões sobre o tratamento das crianças e problemas de saúde já existentes na família.

Foi o pior atributo avaliado no presente estudo, obtendo média de escores 5,3 tanto nos CSF da sede como nos CSF dos distritos, o que demonstra uma baixa orientação à APS.

Oliveira (2012a) afirma que a avaliação do atributo Orientação Familiar em um município do Paraná, obteve média de escores 6,5, o que pode ser atribuído aos princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária.

Ferrer (2013) também obteve média de escores desse atributo muito baixa, não atingindo o ponto de corte e sendo o atributo pior avaliado, com escore 4,19.

O baixo desempenho obtido pelos CSF de Sobral neste atributo, ainda que a Longitudinalidade tendo a melhor avaliação no presente estudo, configurando um bom estabelecimento de vínculo com a população, pode estar relacionado ao fato das equipes de SF não terem, ainda, incorporados os princípios da ESF que coloca a família no centro da atenção

Nessa mesma perspectiva, Ferrer (2013) considera que os baixos escores verificados nessa dimensão expressam que os princípios da ESF ainda não estão concretizados, por requererem mudanças de paradigmas e de comportamento, características mais difíceis de serem alteradas.

Pode-se perceber que das seis variáveis relativas à Orientação Familiar, metade teve como maioria a resposta *Com certeza, sim* e a outra metade a resposta *Com certeza, não*.

Dessa forma, é importante destacar o desempenho dos CSF de dois distritos. O CSF Caracará, com média de escores 2,5, apresentando baixíssima avaliação e o CSF Aprazível representado pela média de escores 9,0, apresentando ótima avaliação. Diante desses resultados, constata-se, nesse atributo, a discrepância dos desempenhos dos CSF que apresentam características semelhantes.

A variável I2, que tem relação com o conhecimento dos profissionais sobre os problemas mais importantes das famílias das mães, não obteve uma boa avaliação, uma vez que 36,1% das mães da sede e 33,3% dos distritos responderam ter certeza que os profissionais não sabem dos problemas das famílias. O que, mais uma vez, pode indicar alguma deficiência na responsabilização dos profissionais sobre as pessoas acompanhadas.

Da mesma forma que na variável anterior, foi percebido que a questão I3 (O profissional de saúde ou o serviço de saúde sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?) demonstra a falta de conhecimento das famílias, uma vez que 50,4% das mães na sede e 42,9% nos distrito responderam ter certeza que os profissionais de saúde não sabiam sobre o emprego ou trabalho dos pais das crianças.

Para os CSF da sede, observou-se uma pequena variação entre as médias dos escores, onde a melhor avaliação ficou para o CSF Tamarindo (7,5) e a pior avaliação para o CSF Cohab 2 (4,5).

Nos CSF dos distritos, foi verificada tanto a melhor média de escores como a pior entre todos os CSF do município, além de uma grande variação entre as médias, com o CSF Aprazível (9,0) tendo o melhor desempenho e o CSF Caracará (2,5) caracterizando-se pelo pior desempenho, com uma diferença de 6,5 pontos.

Nesse contexto, Freitas (2008), ao realizar um estudo documental sobre referências de qualidade relativa ao PSF, infere que não se evidencia a valorização da família nos documentos relativos à organização da ESF no Brasil, mesmo que esta tenha como base o acompanhamento às famílias.

6.12 Orientação Comunitária

Starfield (2002) considera a Orientação Comunitária como o conhecimento das necessidades de saúde em relação à situação social das famílias acompanhadas pelas equipes de SF.

Este atributo está relacionado ao reconhecimento, por parte dos profissionais da APS, das necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos, do contato direto com a comunidade, da relação desses profissionais com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (BRASIL, 2010).

Para esse atributo as mães foram questionadas sobre a realização de visitas domiciliares pelos CSF, o reconhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde da vizinhança, a realização de pesquisas para identificar problemas da comunidade e a existência de convites para a comunidade participar dos Conselhos Locais de Saúde.

A Orientação Comunitária obteve 6,4 de média de escores, sendo 6,4 para os CSF da sede e 6,3 para os CSF de distritos.

O estudo de Oliveira (2012a), realizado em Colombo – Paraná apresentou semelhança com o presente estudo recebendo média geral de escores 5,6 e também demonstrando baixo grau de orientação à APS.

O estudo de Ferrer (2013) também obteve, como resultado da avaliação da Orientação Comunitária, uma média de escores 4,21, também não atingindo o ponto de corte, sendo a segunda pior avaliação dos atributos da APS estudados.

Inicialmente, destaca-se a questão J3, que diz respeito às pesquisas que os CSF fazem na comunidade para identificar problemas de saúde, pois houve 20,8% de respostas *Não sabe/Não lembro* seguida de 18,1% de respostas *Com certeza, não*, somando 38,9% do total de respostas com avaliação negativa o que significa uma baixa orientação à APS.

Também relacionada à questão J3, foi percebido diferença significativa entre as médias dos CSF da sede (2,7) e os CSF de distritos (2,3), ou seja, para o paciente que

reside na sede é mais provável que se façam pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde do que para as pessoas que moram nos distritos.

Outro aspecto que necessita de ressalva está relacionado à questão J4, que se refere ao convite aos membros das famílias recebem para participar das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde. Percebe-se que somente essa variável apresentou maioria de respostas *Com certeza, não*, nesse caso, com 47,0% das mães dos CSF da sede e 20,6% nos distritos respondendo ter certeza de não receber esse tipo de convite.

Nessa variável também houve diferença significativa entre as médias dos CSF da sede (2,2) e dos distritos (2,8), portanto é mais provável que os membros das famílias dos pacientes dos distritos sejam convidados para participar desse conselho que as famílias da sede de Sobral.

Os melhores resultados foram observados no CSF Aprazível com média de escores de 8,8 seguido pelos CSF Baracho 8,1 e Jordão empatado com o CSF Sumaré, ambos com média 7,7. Os três primeiros CSF citados estão localizados nos distritos, enquanto o último está localizado na sede do município.

Os piores valores foram apresentados pelo CSF Dom Expedito, localizado na sede, com média de escores 4,2 e nos distritos pelos CSF Rafael Arruda 5,2 e CSF Jaibaras com média de 5,3.

Diante dos resultados obtidos na avaliação do atributo Orientação Comunitária, pode-se inferir que os CSF do município de Sobral precisam evoluir no reconhecimento das necessidades das comunidades por ele atendidas.

Outros aspectos de grande relevância, que não obtiveram uma boa avaliação, dizem respeito ao Controle Social e à Participação popular. O baixo desempenho dessa variável deve direcionar as ações das equipes de SF para o fortalecimento dos Conselhos de Saúde, na perspectiva da garantia da gestão participativa do sistema e serviços de saúde de Sobral.

7 CONCLUSÕES

A avaliação da Atenção Primária em Sobral, na perspectiva das mães usuárias, utilizando o instrumento do PCATool mostrou que nos atributos Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do cuidado, os CSF de Sobral apresentaram forte grau de orientação à APS. Os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, entretanto, tiveram escores abaixo de 6,6, o que indica baixo grau de orientação à APS.

As médias de escores por CSF mostraram pequena diferença entre a sede e os distritos, com alguns escores em determinados atributos nos CSF dos distritos apresentando melhores resultados que os da sede.

O grande problema é em relação ao acesso com grandes dificuldades para se conseguir o atendimento. Considerando que a APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde é preciso analisar melhor os entraves que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde.

Apesar da dificuldade do acesso foi reconhecido o vínculo que a população estabelece com os serviços, o que se confirma com a boa avaliação da utilização dos serviços.

O atributo Coordenação apresentou grande variação na avaliação dos seus componentes pelas mães. É possível afirmar que neste atributo, a integração com os outros níveis de atenção no município de Sobral ainda está deficiente, o que pode prejudicar a oferta de serviços e a coordenação das diversas ações requeridas para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas da população. Essa variação nas avaliações dos componentes também apareceu em relação ao atributo integralidade, significando dificuldades em atender todas as necessidades de saúde da população.

Os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária foram os que apresentaram mais fraca orientação em relação à APS. Considerando que os serviços avaliados são da Estratégia Saúde da Família, que têm como foco a família inserida em uma comunidade, seria de esperar uma melhor avaliação desses atributos. Esses dois atributos derivados expressam uma mudança real de enfoque do cuidado, que constituiu

desde o início a essência da mudança de paradigma do modelo tradicional para o modelo que se pretendia para a ESF. Essa mudança é um dos pontos mais difíceis de se alcançar, uma vez que o modelo dominante de formação dos profissionais de saúde ainda é o modelo biomédico.

A atenção do ponto de vista individual da criança parece dar conta das necessidades das mães que se expressaram positivamente em relação aos vários aspectos do atendimento realizado pelas equipes de SF.

O instrumento PCATool mostrou ser uma ferramenta interessante para avaliação da atenção prestada nos serviços da Atenção Primária, embora algumas considerações sobre sua aplicabilidade precisam ser feitas.

Os escores dos atributos podem dar um panorama geral, indicando o quanto os serviços estão orientados e fundamentados nos princípios da APS, indicando em um primeiro momento as fortalezas e deficiências dos sistemas de saúde. Entretanto, o fato dos escores gerais dos atributos trabalharem com a média dos atributos dos dois componentes envolvidos, pode mascarar os resultados na medida em que um componente pode ser bem avaliado e o outro apresentar resultados piores, como ocorreu com alguns CSF, que mostraram resultados discrepantes para os dois componentes de um mesmo atributo.

Por outro lado, a riqueza de informações em cada componente permite uma avaliação melhor dos pontos que expressam um bom desempenho das unidades e aquelas ações e serviços que precisam ser reforçados para que os serviços expressem um forte grau de orientação à APS.

A avaliação apresentada nesse estudo mostra que os serviços de Atenção Básica em Sobral conseguem atender às expectativas das mães das crianças, embora ainda existam pontos importantes a serem melhorados. Finalmente, os resultados mostram que a ESF em Sobral, em grande medida atende aos princípios e fundamentos propostos para a APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 26(2): 286-298, fev, 2010.

ALMEIDA P. F, FAUSTO M. C. R., GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 29(2): 84–95, 2011.

ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. **SUS Passo a Passo – História, Regulamentação, Financiamento e Políticas Nacionais**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C., BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. p 783-836. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C., GOYA, N., MARTINS JUNIOR, T. Estratégia Saúde da Família em Sobral: Oito anos construindo um modelo da atenção integral à saúde. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**. Sobral, ano V. n.1, p 9-20 Jan. Fev. Mar. 2004.

AQUINO, R., OLIVEIRA, N. F., BARRETO M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**. Vol 99, No. 1. January 2009,

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(11): 2865-2875, 2012.

ARAÚJO, R. L. **Atributos da atenção primária à saúde no DF: estudo comparado entre unidades básicas de saúde tradicional e a estratégia saúde da família no cuidado integral à saúde da criança**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, 2013.

AZEVEDO, A. L. M., COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, 14(35): 797 – 810, 2010.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, Janeiro Sept./Oct. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de Amostra por Domicílio (PNAD)**. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. Sobral, Julho/2013a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFce.def>. Acesso em: 19/11/2013.

_____, Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. . Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011** / Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro – Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em 26/06/2014.

_____, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____, Ministério da Saúde. **Nota Técnica: informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica** / Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/> Acesso em: 03/07/2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 8(2): 569-584, 2013.

CAMPOS, G. W. de S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CASTRO, R. C. L. **Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto**: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre. 2009. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(11): 3115-3124, 2012.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. Dissertação de Mestrado Profissional em Epidemiologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

COCHRAN, W. G. **Sampling Techniques**. 3ed. New York: John Wiley & Sons, 1977.

CONIL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 (5): 1417-1423, set-out, 2004.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 16(7): 3229-3240, 2011.

CUNHA, E. M., GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 16(Supl. 1): 1029-1042, 2011.

CURSINO, E. G., FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 20(esp1): 676-80, Dez. 2012.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v.20, n.6, p.975-92, 1992.

FERRER, A. P. S. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Pediatria. São Paulo, 2013.

FIGUEIREDO, G. L. A., MELLO, D. F. Atenção à Saúde da Criança no Brasil: Aspectos da Vulnerabilidade Programática e dos Direitos Humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 15(6): novembro-dezembro, 2007.

FREITAS, M. L. A. **Referências de qualidade relativas ao programa de saúde da família: um estudo em documentos da política nacional de saúde**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2008.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1): 165-181, 2001.

GIOVANELLA L., LOBATO L. V. C., CARVALHO A. I. CONILL E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**. 26(60): 37-61, 2002.

GOMES, F. M., SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 16(Supl. 1): 893-902, 2011.

GUSSO, G. Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos. **SEMERGEN**, 30 (8): 408-410, (2004).

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (2ª. reimpressão)

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(8): 1649-1659, ago, 2006.

LUPPI, C.G. *et al.* Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica. In: IBAÑEZ, N. **Política e Gestão Pública em Saúde**. p 332-353. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

MACINKO J., GUANAIS F. C., SOUZA M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **J Epidemiol Community Health** 2006;60:13-19 doi:10.1136/jech.2005.

MACINKO J. *et al.* The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007 **American Journal of Public Health**. October 2011, Vol 101, No. 10.

MELLO, D. F. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 65(4): 675-9, jul-ago 2012.

MELO, M. S. S. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE: aplicação do pcatool**. Dissertação Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2012.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES A. C. G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(11): 2903-2912, 2012.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006 (reimpressão).

OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* Acesso de primeiro contato na Atenção Primária em Saúde para crianças. **Revista RENE**, 13(2): 332-42, 2012a.

OLIVEIRA, L. S. *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(11): 3047-3056, 2012b.

OLIVEIRA, M. A. C., PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 66(esp):158-64, 2013.

OLIVEIRA, V. B. C. A. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança no município de Colombo – Paraná**. Dissertação de Mestrado em Ciências – Escola de Enfermagem de São Paulo. São Paulo, 2012.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 18(11): 3321-3331, 2013.

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

RONCALLI, A. G., LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 11(3): 713-724, 2006.

SALES, M. L. H. *et al.* Qualidade da Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família. **Journal of Human Growth and Development**. 23(2): 151-156, 2013.

SANCHES, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. de Salud Publica**. 2012; 31 (3):260-8.

SHI, L., STARFIELD, B., JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of family practice**. February. Vol. 50, No. 2, 161-175. 2001. Disponível em: <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2157>. Acesso em: 22 de setembro de 2013.

SILVA, A. C. E. **Saúde da Família, saúde da criança: a resposta de Sobral**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Plano Municipal de Saúde**. 2010.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Programação Anual de Saúde**. 2012.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1: S100-10, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A. C. S. L. **Fracasso escolar e condições de vida em crianças de 7 a 10 anos de idade, Sobral, Ceará.** Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Sociedade**, São Paulo. v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2:S190-S198, 2004.

VASCONCELOS, C. M., PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva.** p 531-562. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2010.

ANEXO A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS I

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 primeiro médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

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

Esclareça ao entrevistado que a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

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

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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 ☐	☐
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 ☐	☐
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 ☐	☐

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 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	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

que é necessário?

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 ☐

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 o 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 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 à 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 ☐
D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 - O “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 - 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 ☐

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**)

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 satisfeito com os resultados da 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 ☐

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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 necessite 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).					

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?”

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 - Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H3 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. 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 ☐

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 – Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I2 – O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I3 – O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I4 – 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 ☐
I5 – 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 ☐
I6 – 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 ☐

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

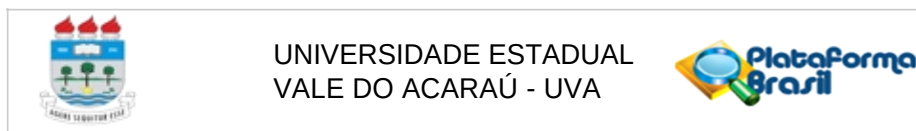
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

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 visita domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece o 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 ela deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J4 – Convida membros da família participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CEARÁ: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DAS MÃES USUÁRIAS

Pesquisador: FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20488913.2.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 503.838

Data da Relatoria: 18/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva e avaliativa. Esta pesquisa será realizada em Sobral, município situado na Região Noroeste do Ceará. A população do estudo será composta por mães de crianças na faixa etária de menores de 02 anos de idade dos territórios de saúde da família. Como critérios de inclusão na pesquisa, será solicitado que as mães tenham mais de 18 anos e que o tempo de utilização do serviço avaliado seja de no mínimo 06 meses, o que significa a constituição de vínculo entre a família e a equipe de SF. Será utilizado o cálculo de população finita para o cálculo da amostra, desta forma a amostra calculada será de 330 mães de crianças menores de 02 anos de idade. Será aplicado o questionário Primary Care Assessment Tool (PCATool) para as mães das crianças. Os dados serão coletados nos CSF e nos domicílios das crianças por uma equipe de pesquisadores chefiada pelo autor do projeto. A análise das respostas será elaborada calculando-se as médias e intervalos de confiança ajustadas para cada atributo da APS, fazendo as comparações entre os grupos. Os resultados serão apresentados por meio de gráficos em que estarão os grupos e as variações dos atributos da APS.

Objetivo da Pesquisa:

Estudo com o principal objetivo de avaliar a Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA

Continuação do Parecer: 503.838

da Família de Sobral-CE, na perspectiva das mães usuárias, a partir do referencial do PCATool.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não apresenta riscos e como benefícios ressalta a contribuição para o desenvolvimento do Sistema de Saúde de Sobral e para a melhoria da qualidade da assistência prestada às crianças do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com temática relevante e projeto bem delineado, demonstrando aprofundamento no referencial que será utilizado para avaliar a Atuação da Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador incluiu no projeto os termos de apresentação obrigatória adequadamente como: Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento para coleta de dados e anuência da Secretaria da Saúde de Sobral.

Recomendações:

Recomendamos o encaminhamento do Relatório de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apresentação e apreciação do projeto de pesquisa na reunião dia 20 de dezembro, o Colegiado do CEP considerou-o APROVADO, devendo o pesquisador atentar para as recomendações.

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

SOBRAL, 20 de Dezembro de 2013

Assinador por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS I

IDENTIFICAÇÃO

Iniciais da Mãe: _____ Idade _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Iniciais do Pai: _____ Idade _____

Presença da avó no cuidado com a criança: ☐ Sim ☐ Não

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Quantidade de Filhos: _____ N° de pessoas que residem na casa: _____

SÓCIO-ECONÔMICO

Renda familiar: _____

Situação do Domicílio:

☐ Próprio ☐ Alugado ☐ Cedido ☐ Ocupado ☐ Outro: _____

Tipo de Construção:

☐ Alvenaria ☐ Taipa ☐ Cedido ☐ Mista ☐ Taipa Revestida ☐ Outro: _____

Piso:

☐ Terra Batida ☐ Cimento ☐ Cerâmica ☐ Outro: _____

Energia Elétrica: ☐ Sim ☐ Não Água Encanada: ☐ Sim ☐ Não

Tratamento de Água: ☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Coadada ☐ Nenhum
☐ Outro: _____

Instalações Sanitárias: ☐ Banheiro ☐ Fossa Higiênica ☐ Não Possui

Destino do Lixo: ☐ Queimado ☐ Enterrado ☐ Coleta Pública ☐ Céu Aberto

N° de Cômodos: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo a pesquisa: **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CEARÁ NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS USUÁRIAS**. Seu objetivo geral é: Avaliar a Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE utilizando a ferramenta Primary Care Assessment Tool (PCATool). O estudo tem como orientadora a Profa. Dra. Ana Cecília Lins Sucupira.

Gostaria de deixar claro para o(a) Senhor(a), que:

- Essas informações são sigilosas e seu nome não será em nenhum momento divulgado;

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar seu consentimento;

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da Atenção à Saúde da Criança na Estratégia de Saúde da Família;

- Responder a este formulário não trará risco para você. Entretanto, caso se sinta constrangido(a) em alguma informação interromperemos a mesma.

- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Viriato de Medeiros, 1205, Centro, Sobral-CE. Telefone: (88) 3611-5361.

- Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú localizado à Avenida Comandante Maurocêlio Rocha, 323, Derby, Sobral-CE, CEP: 62041-630. Telefone: (88) 3611-5861.

Desta forma esperamos contar com seu apoio permitindo a realização do estudo, contribuindo com o processo de adequação da estratégia de implementação da ESF à realidade sobralense, bem como para a autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

Francisco Meykel Amancio Gomes

Pesquisador

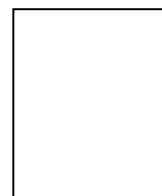
Consentimento Pós-Informado

Eu, _____, aceito participar da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CEARÁ NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS USUÁRIAS**. Seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade para retirar meu consentimento.

_____, _____ de 2014.

Assinatura do Sujeito ou

Assinatura do Pesquisador



Polegar direito