

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

**PREVALÊNCIA DE LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DA CRIANÇA**

Bruna Cristiane Furtado Gomes

Santa Maria, RS
2019

PREVALÊNCIA DE LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Bruna Cristiane Furtado Gomes

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Área Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de pesquisa: Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Teresinha Heck Weiller
Coorientador: Prof Dr Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Santa Maria, RS
2019

Gomes, Bruna Cristiane Furtado
PREVALÊNCIA DE LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DA CRIANÇA / Bruna Cristiane Furtado Gomes.- 2019.
82 p.; 30 cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller
Coorientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordane
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Atenção Primária à Saúde 2. Avaliação em Saúde 3.
Enfermagem 4. Saúde da Criança I. Weiller, Teresinha Heck
II. Giordane, Jessye Melgarejo do Amaral III. Título.

COMISSÃO EXAMINADORA


PREVALÊNCIA DE LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Bruna Cristiane Furtado Gomes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Área Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de pesquisa: Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**



Prof.^aDr.^a Teresinha Heck Weiller (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Prof. Dr Jessye Melgarejo de Amaral Giordane (UFSM)
(Coorientador)

Prof.^a Dr.^a Laís Mara Caetano da Silva (UFSM)
(Titular)



Prof.^a Dr.^a Leticia Silveira Cardoso (Unipampa)
(Titular)

Prof.^aDr.^a Maria Denise Schimith (UFSM)
(Suplente)

**Santa Maria
2019**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por tornar meus sonhos possíveis, por conduzir meus caminhos com segurança, por me dar força, sabedoria e persistência. Muito obrigada!

Aos meus pais Vicente e Luiza, pelo amor incondicional, incentivo, e por serem meu exemplo de humildade, paciência e perseverança. Essa vitória também é de vocês!

Aos meus irmãos, pelo apoio e incentivo, e pela compreensão nos momentos que me fiz ausente. Amo vocês!

Ao meu amado Felipe, pela alegria da espera, pelo otimismo contagiante, por ser meu refúgio e minha paz.

Às minhas colegas Mônica e Jordana, pelo companheirismo nestes dois anos de pós graduação, pela superação das dificuldades e construções coletivas.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à Aline, pela paciência e pelas ausências necessárias para meu aperfeiçoamento.

Ao Prof. Dr Jessye M. Giordani pela atenção e colaboração ao possibilitar meu aprendizado na análise desta pesquisa.

À minha querida orientadora Prof. Dr^a Teresinha H Weiller, pela oportunidade de convívio e aprendizado, por acreditar em mim, pela paciência, carinho e disponibilidade. Muito obrigada Terê!

À banca examinadora Prof^a Dr^a Laís Mara Caetano da Silva, Prof^a Dr^a Letícia Silveira Cardoso, e Prof^a Dr^a Maria Denise Schimith, pela disponibilidade e pelas contribuições.

À Universidade Federal de Santa Maria e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem por possibilitar que este sonho se tornasse realidade e contribuir para a minha qualificação profissional.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva pelo conhecimento compartilhado, experiências vividas, em especial, aqueles que contribuíram para esta pesquisa.

À todas as pessoas que, de alguma forma, se fizeram presentes nessa trajetória.

RESUMO

PREVALÊNCIA DE LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

AUTOR: Bruna Cristiane Furtado Gomes

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

Coorientador: Prof Dr Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Esta dissertação de mestrado é derivada do projeto matricial “PCATool (Primary Care AssessmentTool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS/BR)”. Ao construir esta dissertação objetivou-se avaliar a prevalência do atributo longitudinalidade na experiência do familiar e/ou cuidador de crianças associado aos fatores individuais e contextuais nos municípios que compõem a 4ª CRS/RS. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível (municípios e indivíduos). A população foi composta por familiar e / ou cuidador de crianças que tenham acessado os serviços de APS pertencentes à região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Para realização da coleta de dados foi utilizado o PCATool versão criança, acrescido de um questionário com informações socioeconômicas e demográficas. Os dados foram analisados no software Stata 14. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Resultados: Em relação à análise multinível nos municípios das 4ª CRS o estudo revelou que municípios de menor porte apresentaram menor prevalência do atributo, e que quanto maior a cobertura vacinal maior a prevalência, familiares/ e ou cuidadores que possuem plano de saúde reconhecem os serviços de APS como fonte regular de cuidado, e ainda identificaram que não há diferença entre os modelos de atenção avaliados. Considerações Finais: Pode se inferir com base nesta pesquisa que as ações de APS nos municípios da 4ª CRS/RS são ofertados de modo a contemplar a longitudinalidade. Contudo há necessidade de realizar diferentes tipos de estudos, avançando para a avaliação de 4ª geração com o intuito de captar os processos de trabalho, organização e gestão das equipes bem como a relação com o usuário.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Enfermagem; Saúde da Criança

ABSTRACT

PREVALENCE OF LONGITUDINALITY IN PRIMARY HEALTH CARE OF CHILDREN

AUTHOR: Bruna Cristiane Furtado Gomes

Advisor: Prof^ª.Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

Co-Advisor: Prof. Dr. Jessye J Melgarejo do Amaral Giordani

This dissertation is derived from the project "PCATool" (Primary Care Assessment Tool): Assessment of Primary Care in the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul (4th CRS / RS / BR). The evaluation of the longitudinal experience of the familiar and / or responsible for the conditioning of life is related to the individuals and contextual in the municipalities that make up the 4th CRS / RS. Methodology: This is a cross-sectional observational epidemiological study (municipalities and individuals).The population was constituted by relatives and / or leaders of children who have access to PHC services belonging to the region of the 4th Regional Health Coordination (CRS). The edition of the data collection was used in PCATool, in the generic version, plus a questionnaire with socioeconomic and demographic information. The data were collected in absolute terms and related to the studied variables. Results: Regarding the multilevel analysis in the municipalities of the 4 th CRS and the study on the lower needs, the lower the prevalence of the method, and the greater the greater the coverage, the lower or lower the PHS as a regular source of care, and also identified that there is no difference between the attention models evaluated. Final Considerations: Present the various forms of studies, advancing to the 4th generation evaluation in order to capture the work processes, organization and management of teams as a user interface.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Nursing; Children's Health

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Determinantes do estado de saúde.....18

Figura 2: Sistemas de serviços de Saúde e a Longitudinalidade.....23

ARTIGO 1

Figura 1: Fluxograma da Coleta de dados e seleção dos estudos que compõem a amostra.....38

ARTIGO 2

Figura 1: Modelo teórico da longitudinalidade no cuidado a criança nos municípios da 4ªCRS.....61

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1: Relação dos municípios da 4ª CRS de acordo com a representatividade amostral.....	29
---	----

ARTIGO 1

Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos no estudo de revisão integrativa de literatura.....	39
---	----

Quadro 2: Desempenho dos atributos da APS conforme o PCATool versão criança.....	44
--	----

ARTIGO 2

Tabela 1: Descrição amostral, prevalência do atributo longitudinalidade e razões de prevalência bruta.....	62
--	----

Tabela 2: Razões de prevalência ajustada.....	65
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AIS - Ações Integradas em Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

GEPESC - Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PCATool - Primary Care Assessment Tool

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PMM - Programa Mais Médicos

PPGENF - Programa de Pós Graduação em Enfermagem

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção Primária à Saúde

RS - Rio Grande do Sul

RN – Recém Nascido

SES – Secretaria Estadual de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

USF - Unidade de Saúde da Família

USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

APÊNDICE C – Questionário Sócio Econômico

LISTAS DE ANEXOS

Anexo A - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool Brasil Versão Criança - Atributo Longitudinalidade

Anexo B - Parecer com substanciado do CEP

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1	Atenção Primária à Saúde: fonte habitual de cuidado	19
3.2	Longitudinalidade, vínculo e continuidade do cuidado	23
3.3	Avaliação em saúde como dispositivo de gestão	27
4	MÉTODO	29
4.1	Revisão Integrativa de Literatura	29
4.2	Estudo Epidemiológico	30
5	RESULTADOS	36
5.1	Artigo 1 - Avaliação da atenção primária à saúde da criança na perspectiva do familiar cuidador: revisão integrativa	36
5.2	Artigo 2 - Prevalência de longitudinalidade e fatores associados no cuidado às crianças	57
6	DISCUSSÃO	74
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
8.	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCL)	81
	APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	80
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SÓCIO ECONÔMICO.....	83
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATOOL BRASIL VERSÃO CRIANÇA – ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE	84
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	85

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Pampa no ano 2011, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas, e Especialista em Micropolítica do Trabalho e da Gestão em Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Durante minha graduação fui bolsista de projetos de ensino, pesquisa e extensão envolvendo educação e formação em serviço, e saúde coletiva, atuando em linhas de pesquisas com foco na Educação Permanente em Saúde.

Atuo como enfermeira no município de Uruguaiana-RS, aprovada em concurso público desde 2011, oscilando entre a assistência e a gestão em saúde. Enquanto coordenadora da Atenção Básica ampliei a Estratégia de Agentes Comunitários de saúde no município e equipes de Saúde da Família, atuando na organização da rede de atenção a saúde e implantação dos prontuários eletrônicos.

Deste então, despertei o interesse pelas pesquisas e estudos que envolvendo a avaliação da Atenção Primária em Saúde, onde me inseri no grupo de estudos de Ensino, Pesquisa, e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) em sua concepção contemporânea pode ser compreendida como uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. Alicerçado nesse entendimento, a APS desempenha função singular com potencial de reordenar recursos do sistema de saúde para satisfazer as demandas da população, condição que implica em considerá-la como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

No Brasil, convivem simultaneamente diferentes modelos estruturantes de APS conhecidos genericamente como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e ainda Unidades Mistas com funcionamento concomitante dos dois modelos de atenção (UBS e ESF). Destacam-se instrumentos normativos, como a PORTARIA Nº 2.436, de 2017, que define os princípios a ser operacionalizados na APS, dentre eles, a longitudinalidade no cuidado (BRASIL, 2017).

No tocante à saúde da criança na APS, em 2015, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria nº 1.130, que estabelece eixos estratégicos para orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança, a fim de garantir a redução da mortalidade infantil, o desenvolvimento saudável na infância e a prevenção das doenças crônicas na vida adulta (BRASIL, 2015).

Segundo Starfield (2001), a APS traz consigo um conjunto indissociável de atributos essenciais para determinar a orientação dos serviços de saúde: (1) Acesso de Primeiro Contato; (2) Longitudinalidade; (3) Integralidade; (4) Coordenação da Atenção; E ainda três atributos derivados que qualificam as ações dos serviços: (1) Orientação familiar (atenção centrada na família); (2) Orientação Comunitária; (3) Competência Cultural. Para a autora, quanto maior a presença destes atributos, mais orientado está o serviço de saúde para prestar uma assistência de qualidade aos usuários.

Para avaliar a presença e extensão dos referidos atributos, tem-se utilizado o Primary Care Assessment Tool (PCATool) o qual permite mensurar os atributos da APS a partir da perspectiva do usuário (adulto/criança) e profissionais de saúde, considerando estrutura, processo e resultado (BRASIL, 2010; DONABEDIAN, 2005).

O atributo “Longitudinalidade” configura-se como um dos atributos essenciais à APS, expressa à existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo, implicando uma relação entre usuário e equipe de saúde (STARFIELD, 2002). Para um serviço de saúde aproximar-se da longitudinalidade ele deve ser reconhecido como uma fonte regular de cuidado com vínculo duradouro e terapêutico, e ainda possuir registros de informações dos usuários capazes de garantir a continuidade informacional.

O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre os usuários e profissional de saúde e a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções de saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando as condutas quando necessário (BRASIL, 2011).

A presença adequada da longitudinalidade é um fator essencial para o sistema de saúde, pois este atributo tende a produzir diagnóstico e tratamentos mais precisos, além de reduzir encaminhamentos desnecessários para especialistas e realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA, 2011). Portanto, para que a longitudinalidade seja alcançada em todas as suas dimensões, é necessária a presença de profissionais sensíveis e atentos às necessidades de saúde da população, a ampliação do acesso aos serviços e ações de valorização que incentivem a fixação destes nas comunidades nas quais estão vinculados e a educação permanente nas equipes (PAULA, SILVA, NAZÁRIO, FERREIRA, SCHIMITH, PADOIN, 2015).

No Brasil, nos últimos anos houve crescente aumento da cobertura dos serviços de APS, atingindo 63,07% de cobertura em ESF (BRASIL, 2017). Com o aumento progressivo de ações e serviços neste nível de atenção, emergiram iniciativas de caráter governamental incentivando a realização de pesquisas avaliativas.

A avaliação dos serviços de saúde se configura como um componente do processo de gestão, onde a prática da avaliação permite comprovar a eficácia de ações ou programas para seu aperfeiçoamento ou modificações (VIEIRA DA SILVA, 2014). O processo de avaliação em saúde é fundamental para direcionar políticas públicas, e promover mudanças no modelo de atenção ofertado aos usuários.

Este estudo é parte integrante do projeto matricial “Primary Care Assessment Tool (PCATool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”, conduzido pelo Grupo de Estudos

de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF/UFSM), que integra a linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde.

Dessa forma, este estudo foi desenvolvido por meio de duas abordagens metodológicas de forma complementar, a revisão integrativa e o estudo epidemiológico com o intuito de resgatar estudos prévios que abordaram o tema proposto e realizar um contraponto com os achados da pesquisa.

Nessa perspectiva questiona-se: Qual a conjuntura da Atenção Primária à Saúde da Criança com base nos estudos que utilizaram o Primary Care Assessment Tool PCATool versão criança? Existe prevalência do atributo longitudinalidade no cuidado às crianças em municípios que compõem a 4ª Coordenadoria regional de Saúde?

Portanto, este estudo tem por objetivo avaliar a prevalência do atributo longitudinalidade na experiência do familiar/ e ou cuidador de crianças associado aos fatores individuais e contextuais nos municípios que compõem a 4ª CRS/RS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência do atributo longitudinalidade na experiência do familiar/ e ou cuidador de crianças associado aos fatores individuais e contextuais nos municípios que compõem a 4ªCRS/RS.

2.2 Objetivos específicos

Revisar na literatura estudos primários que utilizaram o Primary Care Assessment Tool (PCATool) versão criança;

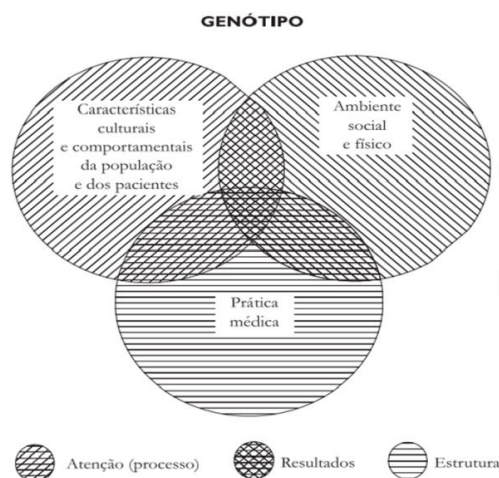
Identificar a existência ou não da prevalência da longitudinalidade na percepção do familiar/ e ou cuidador em relação às características individuais e contextuais;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Atenção Primária à Saúde: fonte habitual de cuidado

Para Starfield (1973), a saúde configura-se a partir dos determinantes, estes integrados pela dimensão da estrutura genética, ambiente social e físico, que englobam comportamentos individuais e serviços de saúde. A saúde de uma população é determinada por sua combinação genética, mas frequentemente modificada por seu ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção a saúde oferecida, o que demonstra a complexidade que incide sobre a condição de saúde da população.

Figura 1: Determinantes do estado de Saúde



Fonte: Starfield (2002)

Os fatores determinantes do processo saúde e doença são complexos, alguns influenciam diretamente na saúde (água contaminada, fatores de risco, segurança no lar) e alguns indiretamente por meio de fatores de mediação, envolvendo comportamento, estresse social, e acesso a atenção à saúde. Desta forma, a condição de saúde de uma população é determinada pelas características ambientais, comportamentais, senso de

conexão e grau de coesão social na comunidade, assim como ocorre para as condições sociais, níveis de renda, e grau de instrução (STARFIELD, 2002).

Em reconhecimento às inúmeras iniquidades sociais e de saúde da maioria dos países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base da Atenção Primária dos Serviços de Saúde (SS). Conhecida como carta de Lubiana, a qual propõe que os serviços de atenção em saúde deveriam ser: (1) dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; (2) direcionados para proteção e promoção da Saúde; (3) centrados nas pessoas, permitindo que os usuários influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade pela sua própria saúde; (4) focados na qualidade, incluindo a relação custo efetividade; (5) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e acesso equitativo; e (5) e direcionados para atenção primária (STARFIELD, 2002).

Na maioria dos países, observa-se que as profissões da área da saúde ficaram mais fragmentadas, surgindo cada vez mais subespecializações para lidar com o volume de novas informações. A atenção especializada exige mais recursos que a atenção básica, além do tempo de internação hospitalar e as tecnologias para manter a vida de uma pessoa enferma frequentemente terem altos custos (STARFIELD, 2002).

Nos serviços de APS, a promoção à saúde transcende as enfermidades requerendo uma perspectiva mais ampla do que a alcançada por um especialista. Os serviços de atenção primária envolvem o manejo de pacientes que geralmente têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas, que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos, requerem a sensibilidade do profissional para identificar sintomas subjetivos, compreender as condições sociais dos usuários e ainda são diretamente influenciados pelos aspectos culturais, havendo a necessidade de enxergar além do que está sendo referido como “queixa”. (STARFIELD, 2002).

A APS no Brasil passou por diversos ciclos de desenvolvimento, sendo que o primeiro surgiu em 1924, tendo como modelo os Centros de Saúde criados pela USP. O segundo ciclo ocorreu na década de 40, com o com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a atual Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo, a partir da metade dos anos 60, coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde de forma vertical, os denominados programas de saúde pública. O quarto ciclo, nos anos 70, incorporou a

proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978 e começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, de forma seletiva.

Por conseguinte, o quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, simultaneamente com a crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) possibilitando a entrada nas unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. O sexto ciclo ocorreu com a instituição do SUS, momento no qual as unidades de APS dos estados passaram à gestão dos municípios. O sétimo ciclo ocorreu com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), e se denomina ciclo da Atenção Básica (AB) à saúde, que é aquele que vige atualmente. Pela primeira vez, começou se buscar a qualidade em oposição à quantidade, esse ciclo sofreu influência de modelos de medicina de família e de comunidade da Inglaterra, Canadá e Cuba, porém, sua raiz veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado do Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015).

Os serviços de APS caracterizam-se principalmente pela continuidade do cuidado e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do sistema de saúde, da atenção centrada à família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2002).

Atualmente, a APS é representada por três modelos de atenção, a saber: UBS, ESF e Unidades Mistas, se fundamenta na perspectiva de atuar como ordenadora da Rede de Atenção em Saúde (RAS), sendo porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, além de integrar e coordenar o cuidado oferecido por outros pontos da atenção (média e alta complexidade) (BRASIL, 2017).

Destaca-se, nesse ínterim a ESF concebida pelo MS como estratégia de organização da APS, que vem em crescente expansão desde 1994 e, em 2017 atingiu cobertura estimada de 63,07% (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) se efetiva nas unidades de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Para se legitimar como ESF, precisa ter território definido, e intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; prestar assistência integral, permanente e de qualidade, e realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2011).

As atividades de atenção à saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. A equipe de saúde deve ser capaz de realizar o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado, realizando atenção em saúde em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2017). Entretanto, para que os serviços de saúde sejam resolutivos em suas áreas de abrangência, necessitam de infra estrutura com quantidade e qualidade: materiais e equipamentos, profissionais, organização para a atenção primária, secundária e terciária de saúde e, principalmente, a configuração do processo de trabalho.

A atenção a saúde da criança no Brasil é sistematizada pela Portaria nº 1.130, que visa promover a saúde da criança, mediante cuidados integrais e integrados desde a gestação, com atenção especial na primeira infância, às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Assim, o cuidado a criança deve iniciar com a assistência pré-natal, o nascimento e o período pós-natal, as equipes de saúde dos vários serviços envolvidos têm um relevante papel no elo entre a família e a rede social de apoio, proporcionando condições para que a família se desenvolva da melhor forma possível, considerando seu contexto e suas vivência, e, conseqüentemente, disponibilizando à criança acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento (FURTADO et al., 2010).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança atua como uma ferramenta indispensável na construção do SUS, além de proporcionar o vínculo entre profissionais de saúde e as crianças. O Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) prioriza cinco eixos estratégicos: aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Estes eixos apresentam comprovada eficácia e reduzida complexidade tecnológica para reduzir os agravos mais frequentes e de maior relevância na morbimortalidade de crianças até cinco anos de vida (BRASIL, 2015).

O serviço de APS, para ser capaz de atender aos eixos estratégicos da PNAISC, com qualidade e resultados efetivos, deve estar estruturado com base nos chamados atributos ordenadores, sendo eles essenciais (o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação) e derivados (orientações familiar e comunitária e a competência cultural) (STARFIELD, 2002). Viabilizar o acesso e a promoção da saúde integral da criança, inclusive com o desenvolvimento de ações para prevenção de agravos e assistência nas intercorrências, pode proporcionar melhoria da sua qualidade de vida, contribuindo para que ela possa desenvolver todo o seu potencial (FURTADO et al., 2010).

Entretanto, a efetividade das ESF sobre os desfechos relacionados à Saúde da Criança podem variar em função dos contextos locais e regionais, o que deve ser levado em consideração quando da formulação de estratégias para a melhoria na qualidade da atenção e dos indicadores de saúde infantil. Assim, a presença do atributo longitudinalidade, vínculo e continuidade do cuidado pode estar relacionada a uma rede de saúde melhor estruturada e a processos de trabalho alinhados aos princípios da APS.

3.2 Longitudinalidade, vínculo e continuidade do cuidado

A longitudinalidade pressupõe existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir uma relação interpessoal intensa, que expresse confiança entre usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2010). A Unidade de Atenção Primária deve ser capaz de identificar a população adscrita e os usuários, por sua vez devem ser capazes de identificar sua fonte de atenção e estar conscientes da responsabilidade desta pela oferta dos serviços requeridos.

A continuidade do cuidado também é utilizada por muitos autores com sentido semelhante (HAGGERTY et al., 2003; SAULTZ 2003; GUTHRIE E WYKE 2000). Entretanto, para Starfield (2002) esses dois termos possuem significados diferentes, a continuidade do cuidado estaria relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo.

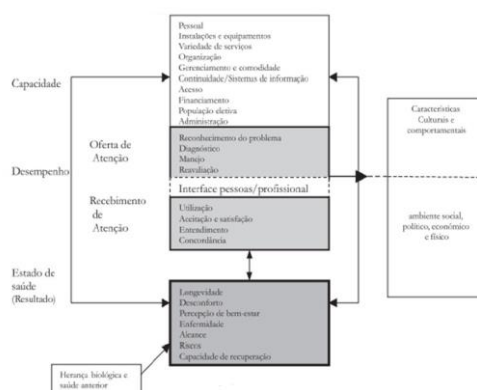
O vínculo da população com sua fonte de cuidado deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que demonstrassem a cooperação mútua entre usuários e profissionais. E ainda, os usuários deveriam utilizar essa fonte habitual de cuidado para novos problemas de saúde. Haggerty et al. (2003) conceitua três tipos de continuidade do cuidado: informacional, gerencial e relacional. Segundo o autor, a continuidade informacional é o elemento que permite a conexão de informação entre diferentes provedores para a condução do cuidado. Tanto a informação relativa à condição clínica, conhecimento sobre as preferências, valores e contexto do paciente seriam importantes para assegurar o atendimento às necessidades do indivíduo. Continuidade gerencial é especialmente importante na doença crônica que necessita do envolvimento de vários provedores para a condução da atenção ao usuário.

Quando existente continuidade gerencial, os serviços são ofertados de forma complementar e em tempo oportuno. Já a continuidade relacional está ligada a um progressivo vínculo terapêutico entre usuário e fonte de cuidado ao longo do tempo, que oferece a percepção de garantia do cuidado futuro.

A longitudinalidade temporal, por sua vez denota uma relação em um período ao longo do tempo, enquanto a longitudinalidade pessoal enfoca mais no vínculo e força da relação entre usuários e profissionais de saúde. Uma fonte de cuidado contínua pode melhorar a qualidade dos cuidados e prevenir encontros de saúde de alto custo, especialmente para crianças com condições crônicas (ENLOW et al., 2017).

A figura abaixo demonstra características da capacidade e do desempenho dos sistemas de saúde que estão envolvidas na obtenção da longitudinalidade.

Figura 2: Sistema de serviços de Saúde e longitudinalidade



Fonte: Starfield (2002)

A longitudinalidade permite conhecer o usuário e seus problemas de saúde, planejar o cuidado, estabelecer vínculo, relação interpessoal e confiança, qualidade do atendimento e satisfação do usuário. Desta forma, proporciona maior orientação, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, resolutividade e qualidade de vida, estabelece uma relação de cuidado nas diferentes fases da vida, reduzindo o uso de serviços de alta complexidade e, conseqüentemente auxiliando na redução dos custos envolvidos na atenção à saúde (KESSLER et al., 2018).

Nesse contexto, cabe destacar a importância da territorialização dos serviços de APS. Esta define as relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade, resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017). Todavia, para um serviço de saúde atingir o atributo da longitudinalidade, é necessário tempo para estabelecer uma atenção orientada para a pessoa, haja vista que os benefícios da longitudinalidade não podem ser alcançados em períodos inferiores há um ano. Neste caso, é importante salientar que, se o usuário não utiliza os serviços de saúde com frequência, geralmente leva-se um tempo maior para estabelecer uma relação de confiança mútua entre profissional de saúde e usuário (STARFIELD, 2002).

Em relação aos fatores que favorecem a presença do atributo longitudinalidade evidencia-se o desenvolvimento das relações interpessoais, a organização do serviço, a acessibilidade, as características dos usuários e a existência de uma doença crônica, fatores relacionados a valorização da relação entre profissionais e usuários, de modo a assegurar uma interação efetiva, visando a qualidade da atenção à saúde. Em contrapartida, as lacunas na organização e gestão dos serviços de saúde, como o volume de trabalho, a falta de profissionais, as más experiências e a falta de conhecimento dos usuários desencadeiam experiências desagradáveis, influenciando negativamente os cuidados na APS fragilizando o atributo da longitudinalidade (PAULA et al., 2015).

O PCATool-Brasil versão criança é um instrumento validado que permite a avaliação do atributo longitudinalidade no cuidado a criança na APS podendo ser aplicação em diversos contextos populacionais (HARZHEIM et al., 2006). A avaliação da longitudinalidade envolve aspectos estruturais da atenção à identificação da fonte habitual de atenção pelas pessoas e a identificação da população eletiva por parte da equipe de saúde, bem como determinados aspectos do desempenho (uso adequado da

fonte de atenção e força das relações interpessoais).

Nesta perspectiva, o PCATool Brasil versão criança traz os seguintes questionamentos que traduzem a presença do atributo longitudinalidade na atenção à saúde da criança:

D1- Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”

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?

D3- Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?

D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?

D5 - O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?

D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/enfermeiro”?

D7 – O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?

D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?

D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?

D10 - O “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?

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?

Porém cabe destacar que a longitudinalidade não é um atributo isolado e, portanto, para atingir um escore elevado, depende do acesso de primeiro contato, da integralidade e da coordenação do cuidado. É importante considerar que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de

fixação do profissional na unidade de saúde. Neste sentido, a implementação de práticas avaliativas e de monitoramento do referido atributo surtirá melhores efeitos se estiver no escopo de interesse da gestão (CUNHA et al., 2011).

3.3 Avaliação em saúde como dispositivo de gestão

A avaliação pode ser definida como um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade aquilo que é feito por referência ao que se pode e/ou se quer fazer com respeito ao interesse pela efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde (AYRES, 2004).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção, política ou programa com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, aperfeiçoamento ou modificação (CONTANDRIOPOULOS et al., 2006; VIEIRA DA SILVA, 2014). A avaliação deve ser concebida como uma oportunidade de mudança, acompanhada de propostas que busquem pôr em prática as mudanças necessárias para atingir a qualidade da atenção em saúde.

A institucionalização da avaliação tem como premissa refletir a realidade, por meio de ferramentas que auxiliem no aprimoramento das ações de cuidado em saúde, incorporando-as no cotidiano de gestores e profissionais. Esse processo pode ser reconhecido como “fator qualificador do processo de gestão” (HARTZ, 2000; CONTADRIOPOULOS, 2006). A avaliação em saúde vem sendo desenvolvida em diversos países, tais como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França desde os anos 70, associada à expansão da atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. No entanto, não pode-se deixar de mencionar que, mesmo a avaliação sendo apontada como importante ferramenta de gestão, tanto do setor público quanto privado, ela ainda é utilizada de forma incipiente e marginal nos processos de decisão da APS, o que pode levar a gastos desnecessários, a falta de ações direcionadas as reais necessidades da comunidade.

Com a reorganização da APS no Brasil, e a crescente expansão de cobertura da Atenção Básica, emergiu a necessidade de criação dos processos de avaliação dos serviços de saúde na busca por melhoria da qualidade da atenção, garantindo que as ações em saúde estejam a com os princípios e diretrizes do SUS.

A melhoria da qualidade da atenção á saúde requer o envolvimento de todos os interessados (gestores, usuários e profissionais) pois a avaliação não é um processo isolado. Para tanto, torna-se necessário dar ênfase ao processo de trabalho, dinâmica, vínculos e estímulo aos compromissos pactuados. Além disso, é fundamental proporcionar maiores investimentos em educação permanente, envolvendo os sujeitos nos processos de mudança. Portanto, um dos grandes desafios para a disseminação da cultura avaliativa é, sem dúvida, encontrar formas de mensurar os efeitos das intervenções e fornecer informações úteis que permitam subsidiar a tomada de decisão de forma oportuna e efetiva (CARVALHO et al., 2012).

Os estudos de avaliação dos serviços de saúde são indispensáveis à compreensão do funcionamento, processo de trabalho e resultados obtidos, permitindo, assim, a apreensão da qualidade, isto é da efetividade do serviço prestado. Quanto aos serviços de APS, é reconhecida a necessidade de avaliação de acordo com seus princípios e diretrizes (CHAVES et al., 2012) especialmente no tocante à saúde da criança, que requer processos avaliativos pertinentes e oportunos capazes de compreender de que forma e em que medida as ações e os princípios da APS são direcionados à população infantil.

4 MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos nesta dissertação, utilizou-se de duas abordagens metodológicas: (I) Revisão Integrativa de Literatura; (II) Estudo Epidemiológico. O método e resultados serão apresentados conforme o Manual de Teses e Dissertações da UFSM.

4.1 Revisão Integrativa de Literatura

A revisão integrativa da literatura tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Parte da análise de pesquisas relevantes, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLITI, 2011).

Este método sustenta-se em seis etapas distintas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Na primeira etapa, utilizou-se da estratégia PICOS (Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Studies). Assim definiu-se como questão norteadora: **Quais as evidências científicas dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do familiar e/ou cuidador com a utilização do instrumento PCATool Versão Criança?**

Na segunda etapa, selecionou-se as bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), e Sci Verse Scopus Top Cited (SCOPUS) e Web of

Science. Posteriormente na terceira etapa, elegeram-se as palavras-chaves “ Primary Care Assessment Tool” e “PCATool” com a utilização do operador booleano OR.

Na quarta e quinta etapa, definiu-se a estratégia de busca: “PCATool” OR “PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL” e aplicados os critérios de inclusão: artigos completos e disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol e português, que aplicaram o instrumento PCATool versão criança tendo como público-alvo o familiar ou cuidador, e que apresentassem o escore dos atributos avaliados, publicados até dezembro de 2017. Foram excluídos artigos teóricos, revisões integrativas, narrativas e sistemáticas, relatos de experiência, editoriais, teses, dissertações, monografias, resumos, documentos e anais de eventos.

O percurso metodológico do estudo de revisão ocorreu de junho a agosto de 2018, e foi realizado por dupla independente e utilizando-se das recomendações dos documentos da Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Para a sistematização, análise e codificação das publicações selecionadas, na sexta etapa, utilizou-se o programa Microsoft Excel® e análise estatística descritiva simples. Foram recuperadas 590 publicações, e destas, 28 estudos se encaixaram nos critérios de inclusão.

4.2 Estudo Epidemiológico

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível (municípios e indivíduos).

Sob o aspecto epidemiológico o estudo transversal é o estudo no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (BASTOS E DUQUIA, 2007).

Os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Quando utilizados de acordo com suas

indicações, vantagens e limitações podem oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (BASTOS E DUQUIA, 2007).

A caracterização do estudo transversal envolve, essencialmente, as seguintes etapas: (I) definição de uma população de interesse; (II) estudo da população por meio da realização de amostragem de parte dela; e (III) determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados (GORDIS, 2004).

A análise multinível, por sua vez é um tipo de análise de regressão que contempla simultaneamente múltiplos níveis de agregação, tornando corretos os erros-padrão, os intervalos de confiança e os testes de hipóteses. As teorias multinível constituem proposições teóricas sobre diversos tópicos e têm como característica principal o reconhecimento do papel preditor desempenhado por variáveis oriundas de diferentes níveis (ROUX, 2000; PUENTE-PALACIO E LARAS, 2009).

Para a consolidação da análise multinível e necessários seguir as seguintes exigências: (I) estabelecimento dos níveis a serem contemplados no modelo proposto; (II) definição das variáveis preditoras, de cada nível, cujo efeito será investigado sobre a variável critério; (III) definição das relações entre as variáveis inseridas no modelo; (IV) estabelecimento de relações de interação entre variáveis de diferentes níveis (PUENTE-PALACIO E LARAS, 2009).

A adoção de análise multinível é recomendada, nos casos em que o pesquisador reconhece a importância de investigar interações entre variáveis de diferentes níveis, quando evidencia uma correlação intraclasse significativa, quando precisa de maior eficiência estatística, maior poder e menos viés que aquele contido na regressão tradicional.

População

A população foi composta por familiares/ e ou cuidadores de crianças que acessaram mais de uma vez os serviços de APS da 4ª CRS para obtenção de cuidados.

A 4ª CRS é localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul, abrange 32 municípios e possui duas regiões de saúde: Verdes Campos e Entre Rios. A população estimada nesta região de saúde é de 542.357 habitantes, sendo o cenário composto por 148 unidades de saúde (IBGE, 2011).

Cenário da pesquisa

A Região Verdes Campos (1) é composta por 21 municípios e possui uma população 417.906 habitantes (IBGE, 2011). Fazem parte desta região os municípios de Faxinal do Soturno, Pinhal Grande, Ivorá, São Pedro do Sul, Quevedos, São João do Polesine, Paraíso do Sul, Dona Francisca, Silveira Martins, São Sepé, São Martinho da Serra, Toropi, Itaara, Formigueiro, Agudo, Dilermando de Aguiar, Vila Nova do Sul, Restinga Seca, Júlio de Castilhos e Nova Palma.

A Região Entre Rios (2) é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes (IBGE, 2011). Integram esta região os municípios de Jari, Jaguari, Mata, São Vicente do Sul, Capão do Cipó, Cacequi, Itacorubi, Nova Esperança do Sul, São Francisco de Assis, Unistalda e Santiago. A população estimada no ano de 2012 era de 542.357 mil habitantes. Esta estimativa serviu de base para o cálculo amostral.

Amostra

A amostra foi não-probabilística e por conveniência segundo a proporção do tamanho da população de cada município em relação à população geral, sendo considerado o peso amostral de cada município para a população de crianças, conforme expresso no quadro 1. Assim a amostra foi composta de 1061 familiares e/ou cuidadores de crianças que acessaram mais de um vez o serviço de APS da região.

Quadro 1 - Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral.

MUNICIPIO	Pop. Geral	Crianças	Amostra de Crianças
Santa Maria	274.838	76.070	528
Quevedos	2.812	801	6
Julio de Castilhos	20.074	6.065	42
Pinhal Grande	4.568	1.357	9
Toropi	2.997	697	5
São Martinho da Serra	3.305	863	6
Nova Palma	6.579	1.825	13

São Pedro do Sul	16.802	4.314	30
Itaara	5.299	1.588	11
Ivorá	2.149	497	3
Faxinal do Soturno	6.870	1.793	12
Dona Francisca	3.397	900	6
Silveira Martins	2.491	581	4
São João do Polesine	2.654	617	4
Agudo	17.140	4.509	31
Dilermando de Aguiar	3.140	874	6
Restinga Seca	16.345	4.433	31
Paraíso do Sul	7.632	1.966	14
Formigueiro	7.119	1.846	13
São Sepé	24.448	6.632	46
Vila Nova do Sul	4.362	1.211	8
Santiago	49.071	12.136	84
Itacurubi	3.441	954	7
Unistalda	2.450	661	5
Capão do Cipó	3.104	852	6
São Francisco de Assis	19.254	4.774	33
Cacequi	13.685	4.673	32
São Vicente do Sul	8.771	2.635	18
Esperança do Sul	4.671	2.131	15
Jaguari	11.478	2.473	17
Jari	3.441	777	5
Mata	5.111	1.252	9
TOTAL	559.498	152.757	1.061

Fonte: IBGE (2015)

Como critério de inclusão o respondente deveria ter idade \geq ou maior de 18 anos, ser cuidador ou responsável legal da criança, e acompanhá-las durante as consultas no serviço de saúde, tendo acessado mais de uma vez o serviços de saúde locais para obtenção de cuidados. Adotou-se como critério de exclusão usuários com dificuldade para responder o instrumento.

Coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde *Primary Care Assessment Tool* – PCATool - versão criança (Anexo A) (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD; XU; SHI, 2001), acrescido de questões

referentes ao perfil sócio econômico (Apêndice C) . O PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Assim, o instrumento permite conhecer e avaliar o perfil do acesso, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, sendo possível identificar pontos que requerem atenção especial no que tange as estratégias de educação em saúde.

O instrumento é composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS:

1. Grau de filiação com serviços de Saúde (A). Constituídos por 3 itens (A1, A2 e A3).
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Longitudinalidade (D). Constituído por 11 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10 e D11).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 5 itens (E1, E2, E3, E4 e E5).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3).
7. Integralidade- Serviços disponíveis (G). Constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9).
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituídos por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5).
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 6 itens (I1, I2, I3, I4, I5 e I6).
10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

Assim, o Instrumento foi aplicado de forma presencial por sete estudantes de pós graduação integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC) previamente submetidos à capacitação com carga horária de 10 horas. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, em horários de funcionamento das mesmas, sem que houvesse

prejuízo no atendimento aos usuários, preservando o anonimato e a privacidade dos entrevistados.

A coleta de dados do projeto matricial foi realizada no período de janeiro 2015 a junho de 2015, por meio de tablets com o software Epi Info® 7.0 que continham o questionário socioeconômico seguido do instrumento PCATool Brasil Versão Criança. Os dados coletados foram exportados diretamente do sistema para o notebook, dispensando a necessidade de dupla digitação, garantindo a confiabilidade dos dados. O banco de dados permanece salvo em HD externo e será destruído após cinco anos.

Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo faz parte do projeto matricial intitulado “PCATool (*Primary Care Assessment Tool*): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”. Sendo assim, ele foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação pelo Comitê de Ética de Pesquisa, obtendo aprovação sob o número CAAE 34137314.4.0000.5346 (ANEXO B), juntamente com o termo de confidencialidade (Apêndice B). Assim, a pesquisa é norteada pelos preceitos ética presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, preservando a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros princípios, visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012). Destaca-se que esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, a não ser um possível cansaço no ato de responder o instrumento e contribui para avaliar o sistema de saúde local bem como apontar estratégias para o fortalecimento da APS.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1 - Avaliação da atenção primária à saúde da criança na perspectiva do familiar cuidador: revisão integrativa¹

Evaluation of primary health care in the perspective of the family caregiver: integrative review

Resumo

Materiais e Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que objetiva revisar na literatura a avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde com a utilização do Primary Care Assessment Tool PCATool versão criança. Os termos utilizados foram “primary care assessment tool” e “PCATool”. A busca ocorreu nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Scopus e Web of Science. **Resultados:** O corpus de análise foi composto por 28 estudos. Observou-se que o Brasil lidera as pesquisas de avaliação na APS utilizando o PCATool versão criança. 89,28% (25) dos estudos desenvolvidos no Brasil estão distribuídos em maior concentração nas regiões sudestes, 52% (13), região sul, com 28% (7), e pela região nordeste 16% (4). O atributo de maior extensão foi a longitudinalidade, e os atributos menos presente foi a orientação familiar e comunitária. Observou-se que há diferença na oferta de cuidados à criança na APS em função de modelos de gestão, e as ações podem estar sendo desenvolvidas em desacordo com a necessidade dos usuários. **Considerações:** Constata-se que o instrumento PCATool permite captar a percepção dos usuários de acordo com suas experiências de cuidado, a proposta da ESF requer mudanças no processos de gestão e de trabalho. O diálogo entre profissionais de saúde e usuários é fundamental para alinhar as ações com as necessidades dos usuários e para que estes compreendam a lógica do cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos serviços de Saúde; Saúde da Criança; Família.

Abstract

This is an integrative review of literature that aims to review in the literature the evaluation of Primary Health Care attributes with the use of the Primary Care Assessment Tool PCATool child version. The terms used were "primary care assessment tool" and "PCATool". The search occurred in the Lilacs, Pubmed, Scopus and Web of Science databases. Results: The corpus of analysis consisted of 28 studies. It was observed that Brazil leads the evaluation research in APS using the PCATool child version. 89.28% (25) of the studies developed in Brazil are distributed in a higher concentration in the south-eastern regions, 52% (13), southern region, with 28% (7), and in the northeast region 16% (4). The attribute of greatest extension was longitudinality, and the least present attributes was family and community orientation. It

¹ Artigo formatado conforme normas da Revista Enfermería Global

was observed that there is a difference in the supply of child care in PHC as a function of management models, and actions may be developed in disagreement with the users' needs. Considerations: It is verified that the PCATool instrument allows to capture the perception of the users according to their experiences of care, the proposal of the ESF requires changes in the management and work processes. The dialogue between health professionals and users is fundamental to align actions with users' needs and so that they understand the logic of care.

Keywords: Nursing; Primary Health Care; Health Services Evaluation; Child Health; Family.

Introdução

Os cuidados primários são considerados essenciais á saúde e devem estar ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidades, representando o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde, além de se constitui como primeiro elemento de um processo de assistência a saúde continuado. ⁽¹⁾

A Atenção Primária á Saúde (APS) é considerada uma estratégia de organização da atenção à saúde para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. ⁽²⁾

Nesta perspectiva, considera-se elementos estruturantes da APS quatro atributos essenciais: (1) Acesso de Primeiro Contato; (2) Longitudinalidade; (3) Integralidade; (4) Coordenação da Atenção. E, ainda, três atributos derivados da APS que qualificam as ações dos serviços de APS, a saber: (1) Orientação familiar (atenção centrada na família); (2) Orientação Comunitária; (3) Competência Cultural, considerando que quanto maior o escore destes atributos mais orientado esta o serviço de saúde para prestar uma assistência de qualidade aos usuários. ⁽³⁾

Neste cenário, a avaliação dos serviços de saúde é um instrumento de gestão, e deve estar presente em todas as ações de saúde, por ser essencial para o direcionamento e qualificação da atenção à saúde, além de favorecer o controle social quando os resultados são compartilhados com a população e esta participa do processo de tomada de decisão. ⁽⁴⁾

Para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, Starfield ⁽⁵⁾ e seus colaboradores desenvolveram, um instrumento de avaliação APS denominado de Primary Care Assessment Tool o qual permite mensurar os atributos da APS a partir da perspectiva do usuário. Este instrumento pode ser aplicado à usuários (PCATool

Adulto) familiares/ e ou cuidadores (PCATool Versão Criança) e profissionais de saúde (PCATool Versão profissionais). Em 2002, foi realizado um estudo seccional a fim de analisar a validade e confiabilidade da aplicação do instrumento no Brasil. O processo de validação constou de: tradução e tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de construto, consistência interna e análise de confiabilidade, revelando adequada validade e confiabilidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da atenção primária à saúde (HARZHEIM, et al., 2006).

Assim, em sua versão criança, o PCATool permite, por meio de entrevistas com familiar e/ ou cuidador, identificar aspectos do funcionamento, da estrutura, processo e resultados dos serviços de atenção primária voltados a este público.⁽⁶⁾

Ressalta-se que resultados provenientes da avaliação dos serviços de APS devem subsidiar a elaboração de propostas inovadoras, que poderão contribuir para a qualificação destes serviços. Neste sentido, tem-se que o PCATool, é o instrumento de avaliação que mais se aproxima da proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme as propostas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).⁽⁷⁾

No Brasil, por meio do MS, vem se investindo em políticas públicas voltadas para à saúde da criança, cuja a taxa de mortalidade reduziu nas últimas décadas. Entretanto, persistem desigualdades regionais e sociais, que têm como reflexo um número expressivo de mortes por causas evitáveis, relacionada a ações como atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN).⁽⁸⁾

No contexto de fortalecimento da APS e crescente investimento em políticas públicas para a qualidade da saúde da criança na APS, é necessário conhecer a avaliação do familiar e/ou cuidador sobre o atendimento prestado às crianças. Este estudo tem como objetivo revisar na literatura a avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do familiar e/ou cuidador com a utilização do Primary Care Assessment Tool PCATool – versão criança.

Materiais e Métodos

Para alcançar o objetivo deste estudo, optou-se pela realização de uma revisão integrativa, tendo como eixo norteador os estudos que utilizaram o instrumento PCATool versão criança aplicado ao familiar e / ou cuidador para avaliar a percepção em relação à APS. Este tipo de revisão permite reunir e sintetizar resultados de

pesquisas sobre um determinado tema, apontar lacunas no conhecimento e realizar a síntese de múltiplos estudos publicados. Desta forma, as revisões integrativas da literatura podem contribuir, diretamente, no estado de conhecimento, implementação de intervenções e identificação de lacunas que norteiam o desenvolvimento de outros estudos.⁽⁹⁾

Durante a elaboração deste estudo, percorreu-se as seguintes etapas: (1) estabelecimento da questão de pesquisa; (2) seleção dos descritores; (3) escolha das bases de dados; (4) definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; (5) categorização dos estudos; (6) análise dos estudos e interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.⁽⁹⁾

Para formulação da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICOS (Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Studies).⁽¹⁰⁾ A partir disso, perguntou-se: Quais as evidências científicas dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do familiar ou cuidador com a utilização do instrumento PCATool versão Criança ?

As bases de dados consultadas foram Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), e Sci Verse Scopus Top Cited (SCOPUS) e Web of Science. As palavras-chave utilizadas foram “ Primary Care Assessment Tool” e “PCATool”, com a utilização do operador booleano OR.

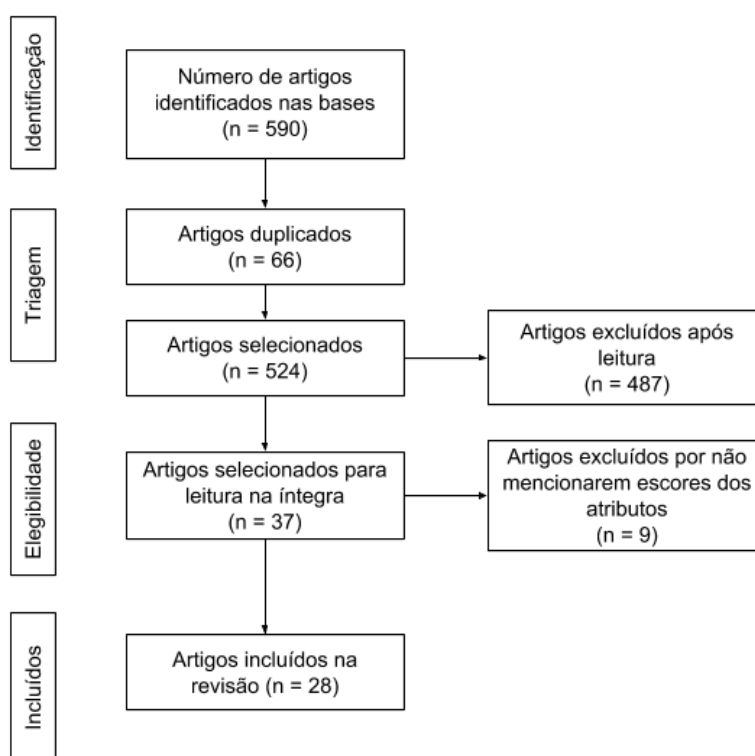
Os critérios de inclusão foram artigos completos e disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol e português, que aplicaram o instrumento PCATool versão criança tendo como público alvo o familiar ou cuidador, e que apresentassem o escore dos atributos avaliados, publicados até dezembro de 2017. Foram excluídos artigos teóricos, revisões integrativas, narrativas e sistemáticas, relatos de experiência, editoriais, teses, dissertações, monografias, resumos, documentos e anais de eventos. O percurso metodológico ocorreu de junho a agosto de 2018.

Para minimizar possíveis vieses, a busca, avaliação e seleção dos estudos se deu por dois pesquisadores qualificados, de forma independente, e os resultados divergentes foram avaliados por um revisor especialista na temática.

A coleta resultou na identificação de 590 estudos que utilizaram o instrumento PCATool, e destes, 66 foram excluídos por duplicidade, compondo ao final, 524 artigos

para análise de título e resumo. Durante esta etapa foram selecionados 37 estudos que utilizaram o PCATool versão criança. Em leitura aprofundada buscou-se os estudos que trouxessem os escores dos atributos avaliados, totalizando uma amostra de 28 estudos para compor o corpus da análise, conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que compõem a amostra. Santa Maria, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Os artigos foram categorizados segundo ano de publicação, autores, região da coleta, modelo de APS, delineamento do estudo e escores avaliados do PCATool.

Resultados

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos 28 estudos, nacionais e internacionais, sendo que 85,71% (24) deles foram de delineamento transversal. Todos envolviam familiar e/ou cuidador de criança, utilizando como instrumento PCATool e trazendo os escores dos atributos em escala de zero a dez.

Quadro 1 - Descrição dos artigos incluídos na revisão. Santa Maria, RS, Brasil, 2019.

Autores	Objetivos	Resultados
Moraes, Nogueira (2017) ⁽¹¹⁾	Identificar o seguimento do princípio da atenção primária acesso de primeiro contato, em unidades básicas de saúde da família, no cuidado de saúde para crianças de zero a nove anos.	Ações insuficientes para garantir a presença e extensão do atributo Acesso de Primeiro Contato.
Wolkers, Rodrigues, Furtado, Mello (2017) ⁽¹²⁾	Avaliar e comparar a qualidade da atenção primária ofertada às crianças com diabetes mellitus tipo 1 entre os tipos de serviços públicos de atenção à saúde na experiência dos seus principais cuidadores.	Usuários possuem maior vínculo com o serviço especializado, serviços de APS apresentam escores insatisfatórios.
Pinto, Harzheim, Hauser, D'Avila, Gonçalves, Travassos, Pessanha (2017) ⁽¹³⁾	Avaliar a extensão dos atributos da APS, desde a experiência dos usuários, tanto adultos quanto cuidadores de crianças, comparando a área atendida pelas unidades de saúde do bairro da Rocinha com as demais áreas do distrito sanitário 2.1, no município do Rio de Janeiro.	Os atributos “acesso” e “integralidade – serviços disponíveis” apresentaram piores desempenhos.
Santos, Toso, Collet, Reichert; (2016) ⁽¹⁴⁾	Avaliar os atributos orientação familiar e orientação comunitária segundo três modelos de Atenção Primária à Saúde da criança.	UBS, ESF e Unidades Mistas apresentaram escore insatisfatório para os atributos avaliados.
Silva, Lopes, Harzheim, Magnago, Schimith,(2016) ⁽¹⁵⁾	Comparar a qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV entre os tipos de serviços, na experiência dos familiares/cuidadores.	Não houve diferenças significativas entre os escores da ESF e UBS; Há necessidade de aprimorar estrutura, processos de trabalho e o desempenho da APS.
Silva, Fracoli, (2016) ⁽¹⁶⁾	Avaliar a assistência à criança menor de dois anos de idade prestada na Estratégia de Saúde da Família.	Há desequilíbrio entre a oferta do cuidado e as necessidades dos usuários; Os cuidados ofertado pelos profissionais estão em desacordo

		com as necessidades dos usuários.
Reichert, Leônico, Toso, Santos, Vaz, Collet (2016) ⁽¹⁷⁾	Identificar o princípio de orientação familiar e comunitária nas Unidades de Saúde da Família, referente ao cuidado à saúde de crianças menores de dez anos	Ausência de orientação Familiar e Comunitária em unidades de SF.
Diniz, Damasceno, Coutinho, Toso, Collet (2016) ⁽¹⁸⁾	Identificar o princípio de orientação familiar e comunitária nas Unidades de Saúde da Família, referente ao cuidado à saúde de crianças menores de dez anos	Frágil orientação familiar e comunitária na APS ; Necessidade de olhar integral voltado para a criança e seu contexto familiar.
Harzheim, Pinto, Hauser, Soranz (2016) ⁽¹⁹⁾	Ter um panorama rigoroso, por meio da experiência real dos usuários, do grau de extensão dos atributos essenciais e derivados da APS para todas as Áreas de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Os escores dos atributos “acesso – primeiro contato/acessibilidade”, “integralidade – serviços prestados”, “orientação comunitária” e “orientação familiar” ainda precisam ser aprimorados. Por outro lado, a “coordenação do cuidado” e “longitudinalidade” encontram-se em trajetória de qualidade, pois invariavelmente obtiveram escores próximos ou superiores a 6,0.
Vaz, Magalhães, Toso, Reichert, Collet (2015) ⁽²⁰⁾	Avaliar o atributo longitudinalidade no cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família.	Há presença de longitudinalidade nos serviços de APS, porém ainda requer aprimoramento.
Quaresma, Stein (2015) ⁽²¹⁾	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na Estratégia de Saúde da Família, triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial.	O estudo demonstrou que os atendimentos realizados à população infanto-juvenil são de baixa qualidade, independente da condição física.
Daschevi, Mendes, Alves, Toso, Collet (2015) ⁽²²⁾	Avaliar os princípios de orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança	Ausência de Orientação Familiar e Comunitária nos serviços de APS.

	nas unidades básicas de saúde de Londrina, Paraná	
Frank, Viera, Obregón, Toso (2015) ⁽²³⁾	Avaliar a efetividade da Atenção Primária à Saúde direcionada a crianças, por meio do atributo longitudinalidade	Longitudinalidade apresentou maior extensão nas UBS em comparação á USF; Necessidade de mudança no processo de trabalho das eSF.
Oliveira, Veríssimo (2015) ⁽²⁴⁾	Avaliar a orientação dos serviços primários de saúde sob o foco da longitudinalidade, na atenção à criança.	A longitudinalidade permanece como desafio em ambos os modelos assistenciais.
Oliveira, Veríssimo (2015) ⁽²⁵⁾	Comparar o modelo assistencial de Unidades Básicas Tradicionais (UBS) com as unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à presença e extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde (APS), no atendimento de crianças.	Necessidade de rever ações de assistência à criança, em ambos os modelos de atenção (UBSxESF).
Silva, Baitelo, Fracoli (2015). ⁽²⁶⁾	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na Estratégia de Saúde da Família, triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial.	Ações desenvolvidos de forma inadequada ou insuficiente para serem captados pela experiência dos usuários.
Fracoli, Muramatsu, Gomes, Nabão (2015) ⁽²⁷⁾	Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Quatá-Sp.	Os serviços precisam ser melhor operacionalizados, necessidade de pensar no processo de trabalho para que este venha ao encontro das necessidade dos usuários.
Berra, Sanz, Rajmil, Pasarín, Borrell (2014) ⁽²⁸⁾	Avaliar as experiências com a atenção primária à saúde para crianças e adolescentes, considerando níveis de saúde, características sociodemográficas e o uso de serviços de saúde.	Uma APS organizada e resolutiva poderia reduzir o uso de serviços de urgência e iniquidade.
Araujo, Viera, Toso, Collet,	Identificar a extensão dos atributos da orientação	Dificuldade dos serviços em integrarem a família e a

Nassar (2014) ⁽²⁹⁾	familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de atenção primária.	comunidade no processo de cuidado; Assistência curativa e centrada no indivíduo.
Filho, Luz, Araújo (2014) ⁽³⁰⁾	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS) para crianças e conhecer fatores associados	Somente o atributo longitudinalidade esteve presente dentre os atributos da APS.
Marques, Freitas, Leão, Oliveira, Pereira, Caldeira (2014) ⁽³¹⁾	Avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil, segundo a percepção de uma comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais	Apenas dois atributos da atenção primária atingiram os escores (acesso utilização e coordenação-sistema de informação). Os piores escores foram para os atributos de Orientação Familiar e Acesso-acessibilidade.
Ferrer, Brentani, Sucupira, Navega, Cerqueira, Grisi (2014) ⁽³²⁾	Avaliar a longitudinalidade do cuidado e correlacionar esse princípio da atenção primária ao padrão de utilização do cuidado entre pacientes hospitalizados por condições evitáveis, comparando os dois modelos assistenciais atualmente oferecidos no Brasil.	Evidenciou que 65,2% das ações poderiam ter sido resolvidas na APS; pacientes avaliaram longitudinalidade como regular
Rivera, Felló, Berra (2013) ⁽³³⁾	Conhecer a experiência de continuidade de escolares segundo seus cuidadores e analisar a associação conforme o tipo de provedor de Atenção Primária à Saúde (APS) (médico ou centro de saúde) e seu financiamento (público versus plano de saúde ou particular)	A continuidade interpessoal é maior quando identificam um médico em vez de um serviço de saúde.
Furtado, Braz, Pina, Mello, Lima (2013) ⁽³⁴⁾	Analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária e o grau de afiliação de crianças, com menos de um ano de idade, na Unidade de Saúde da Família.	Observa-se esforços da equipe de saúde para atender as necessidades dos usuários.
Leão; Caldeira; Oliveira (2011) ⁽³⁵⁾	avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS), na assistência à saúde infantil ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em comparação a outros serviços de atenção à	Os atributos da APS foram melhor observados nas equipes da USF; porém existem aspectos que precisam ser melhoradas.

	saúde da criança em Montes Claros (MG).	
Leão, Caldeira (2011) ⁽³⁶⁾	verificar a associação entre os atributos da atenção primária à saúde (APS) e a qualificação profissional de médicos e enfermeiros	Qualificação profissional influencia na avaliação da APS.
Berra, Rocha, Sanz, Pasarín, Rajmil, Borrell Starfield (2011) ⁽³⁷⁾	Investigar a validade e confiabilidade de uma seleção de itens da edição curta (CS) infantil do PCAT.	Evidências de validade e confiabilidade do instrumento PCATool para julgamentos sobre experiências com a atenção primária em geral.
Stralen, Belisário, Lima, Massote, Oliveira (2008) ⁽³⁸⁾	Avaliar a percepção do desempenho de unidades básicas de saúde com e sem Saúde da Família em cidades com mais de 100 mil habitantes em Goiás e Mato Grosso do Sul.	Profissionais avaliam suas práticas com alto escores em relação à avaliação dos usuários. As USF revelaram melhores escores do que UBS.

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Observa-se que o Brasil lidera as pesquisas de avaliação na APS utilizando o PCATool versão criança. Destaca-se que 25 (89,28%) dos estudos foram desenvolvidos no Brasil estão distribuídos em maior concentração na região sudeste 13 (52%) (12),(13),(19),(21),(26),(27),(30-32),(34-36), seguida pela região sul 7 (28%) (14),(15),(22-24),(29), pela região nordeste 4 (16%) (11),(14),(17),(18),(20), e por fim pela região centro oeste com 1 (4%).⁽³⁸⁾

Em relação aos estudos internacionais envolvendo a versão criança, identificou-se três estudos, destes, dois foram desenvolvidos na Catalunha, Espanha ^{(29),(38)} e um em Córdoba na Argentina.⁽³³⁾

No tocante ao modelo de atenção avaliado, no Brasil, a avaliação da APS à saúde da criança teve como foco principal identificar a presença e extensão dos atributos da APS nas USF em 12 (48%) dos estudos, 3 (12%) dos estudos analisaram somente UBS, ao passo que 7 (28%) estudos dedicaram-se a comparar o desempenho das USF com UBS, e 3 (12%) compararam a qualidade da assistência prestada às crianças com doenças crônicas pelos serviços especializados em comparação com os serviços de APS. No cenário internacional, o foco de avaliação foram os centros de cuidados primários em saúde.

Dos 28 estudos selecionados, 04 (14%) ampliaram suas pesquisas haja visto que 01 (3%) utilizou o PCATool versão criança concomitante com a versão adulto e 02 (7%) estudos utilizaram a versão criança, adulto e profissionais simultaneamente.

Assegur os artigos foram analisados de modo a extratificar o desempenho dos atributos avaliados.

Tabela 2. Desempenho dos atributos do instrumento PCATool versão criança. Santa Maria, RS, Brasil, 2019.

ATRIBUTO DA APS	Nº VEZES AVALIADO	Nº DE VEZES QUE ATINGIU O ESCORE $\geq 6,6$
Acesso-Utilização	18	11
Acesso-Acessibilidade	17	6
Longitudinalidade	24	11
Coordenação Integração de cuidados	18	6
Coordenação Sistema de Informação	13	11
Integralidade-serviços disponíveis	19	3
Integralidade-serviços prestados	18	3
Escores Essenciais	15	6
Orientação Familiar	21	1
Orientação Comunitária	23	1
Escores Gerais	16	2

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Discussão

Esta revisão evidenciou que 25 (89%) dos estudos foram desenvolvidos no Brasil. Isto posto, destaca-se que o Ministério da Saúde (MS), vem reforçando estratégias de incentivo a avaliação e autoavaliação das equipes de saúde pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que vem realizando a tentativa de induzir a cultura avaliação na atenção APS.⁽³⁹⁾

Os achados em relação aos locais de realização dos estudos são convergentes convergentes com estudo de Amaral et al (2018) que, ao analisar a distribuição

demográfica das pesquisas de avaliação da APS, observou que na região Sudeste está concentrada a maior produção sobre a temática, seguidas pela regiões sul, e nordeste.⁽⁴⁰⁾

Dados administrativos do Departamento de Atenção Básica (DAB) apontam histórico de cobertura de ESF nas macroregiões brasileiras de 54,29% região sudeste, 67,19% região sul, 80,94% região nordeste, 63,83% região norte, e 62,04% nas regiões centro-oeste, em janeiro de 2018.⁽⁴¹⁾ Neste sentido, compreende-se, que a implantação da ESF no país experimentou expressiva expansão da cobertura na última década, com ritmos diferentes entre as regiões, bem como em relação ao porte populacional dos municípios.⁽⁴²⁾ Entretanto, existem diferenças tanto na cobertura quanto no acesso e na oferta de cuidados nas USF e UBS nos municípios, em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, com repercussões no acesso e uso dos serviços de saúde.⁽³⁹⁾

Em relação aos modelos de atenção dos estudos,^{(20),(23),(25)} estes apontam que as USFs estão mais próximas dos princípios da APS, mas que há necessidade de rever as ações do cuidado infantil em ambos os modelos assistenciais.

A saúde da família foi inserida no cenário da APS sem de fato reorganizar o modelo de atenção tradicional, tornando os serviços por vezes complementares e, por vezes, oponente.⁽¹⁸⁾ Os serviços de APS são carentes em estrutura física, sendo que na maioria das regiões as USF's foram inseridas no mesmo espaço de unidades básicas ou policlínicas, configurando-se em dois modelos de atenção distintos dividindo o mesmo espaço, e suas disfuncionalidades.^{(18),(25)} Outrossim, a saúde da família vai além das políticas de saúde, envolve o comprometimento dos profissionais com o processo de trabalho e a mudança de concepções dominantes sobre saúde/doença.⁽³⁸⁾

Ao comparar serviços especializados que atendem crianças com doenças crônicas com serviços de APS, os estudos^{(12),(15),(22)} revelam que os usuários possuem maior afiliação com o serviço especializado. Tais serviços são avaliados de maneira positiva devido ao maior contato do familiar e/ou cuidador com os profissionais, bem como pelo maior envolvimento do serviço especializado com a criança. Entretanto, estes serviços estão centrados na doença, seguindo o modelo tradicional de saúde, com pouca articulação com outros serviços e conseqüentemente, vem apresentando fragilidades com relação ao acesso.^{(12),(15)} Para a qualidade da atenção e a continuidade do cuidado, é fundamental a comunicação entre serviços especializados e serviços de APS.

A APS só se configurará em estratégia de acesso aos serviços de saúde se cumprir três papéis essenciais: a resolutividade representada pela capacidade cognitiva e tecnológica, para atender a 90% da demanda da APS, a coordenação consolidada pela capacidade de comunicação e condições de ordenar os fluxos e os contrafluxos dos usuários, das informações, e a responsabilização pelo exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a população adscrita.⁽⁴²⁾

No que se refere ao atributo Coordenação integração de Cuidados, observou-se a dificuldade de estabelecer sistema de referência e contra-referência. Os profissionais de saúde da APS acreditam que falta contrareferência que favoreça a continuidade do cuidado, e os usuários relatam falta interesse do profissional da APS sobre os desfechos da assistência prestada em outros pontos da rede.⁽²⁶⁾ Esta dicotomia faz refletir sobre a importância da comunicação entre usuário e profissionais de saúde em relação à organização dos serviços, bem como as fragilidades e potencialidades, estimulando o controle social e a participação dos usuários nos processos de gestão do SUS.

O atributo coordenação do sistema de informação, por sua vez, esteve presente em 11 (84,61%) dos estudos. O que pode ter relação com o investimento do MS para qualificar os serviços de APS, tendo em vista que, em 2013, foi instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e, atualmente, o sistema e-SUS AB desenvolvido para atender os processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde.⁽⁴³⁾

De acordo com Assis ⁽⁴⁴⁾ o acesso se refere à capacidade dos serviços de saúde dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários. O Acesso, apresenta-se como um dos pré-requisitos essenciais para a atenção à saúde de qualidade logo, tem relação direta com aspectos geográficos, culturais, de organização dos serviços além dos sociais e econômicos

A organização do acesso é uma das principais dificuldades da ESF, e os estudos apontam que quanto maior a demanda espontânea, mais negativa se torna a avaliação dos demais atributos da APS.^{(16),(27),(24)} Em contrapartida, estudos apontaram que quanto mais o usuário utiliza a Unidade de Saúde melhor ele avalia o serviço.^{(20),(35)} Neste caso, escores elevados podem ter relação com a capacidade dos usuários conhecer e compreender a rotina do serviço.

Este estudo revelou que o atributo Integralidade, subdividido em serviços disponíveis e serviços, ainda não é produzido em sua totalidade quando se refere a atenção à saúde da criança, as ações permanecem centradas no modelo hegemônico curativista, com foco na doença, fragilizando as ações que envolvem o desenvolvimento, crescimento, segurança no lar, e aspectos comportamentais da criança, bem como na prevenção de acidentes domésticos, por exemplo.^{(18),(23),(25),(30)}

Estudos^{(23),(31),(38)} envolvendo a avaliação da APS à saúde da criança apontam para a fragmentação do cuidado, em um contexto de mudança do modelo de atenção que não contou com a incorporação dos princípios da APS/ESF nas práticas profissionais, a falta de qualificação no processo de trabalho e alta rotatividade dos profissionais mantém relação com a falta de orientação para a integralidade. Para Finckler⁽⁴⁴⁾, o cuidado é descoordenado, as ações são fragmentadas e com baixa resolutividade frente as reais necessidades da criança, bem como de seus familiares, dificultando a consolidação do atributo integralidade.

Em relação ao atributo longitudinalidade, observou-se que embora haja barreiras de acesso e coordenação do cuidado, o usuário que acessa o serviço de saúde constitui relações de pertencimento, vínculo e confiança.^{(12),(15),(19),(27)}

Os profissionais de forma geral têm respondido as dúvidas dos usuários com linguagem de fácil compreensão, entretanto, dentre os profissionais de saúde atuantes no cenário de APS, os enfermeiros foram apontados como aqueles que mais formam vínculo com os usuários⁽²⁰⁾ contribuindo para a presença do atributo da longitudinalidade na APS.

As regiões nas quais a longitudinalidade não esteve presente mantiveram relação com o desconhecimento de alguns profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a dificuldade da família em adquirir medicamentos prescritos, a falta de espaço para conversar sobre as dúvidas em relação à saúde da criança, e a indiferença frente às condições sociais da comunidade.^{(20),(24)}

O cuidado voltado para a família e comunidade é o elemento diferencial nas USF, de tal maneira que os profissionais devem planejar ações de cuidado, considerando o contexto físico, social e comunitário. Entretanto, os achados deste estudo identificaram que das 22 localidades avaliadas somente uma apresentou a orientação familiar e comunitária presente em suas práticas.

Todavia, localidades com 90% de cobertura em saúde da família a orientação familiar e comunitária ainda não estão presentes nas práticas profissionais, persistindo a dicotomia entre a prática cotidiana e os pressupostos da APS, além da existência de uma frágil orientação familiar refletindo em uma atenção à saúde pouco resolutiva.^{(17),(29)} Para reduzir a dicotomia entre políticas de saúde e práticas profissionais é fundamental investir em educação permanente com as equipes ofertando espaços de discussão do processo de trabalho e ainda ofertar condições estruturais para que o trabalho se desenvolva.

Os baixos escores atribuídos a orientação familiar e comunitária, relacionam-se ao fato dos profissionais não considerarem a opinião do familiar/ e ou cuidador em relação ao tratamento da criança e a opinião da comunidade para organizar o acesso ao serviço de saúde local.^{(17),(20),(29)} Semelhante a estudos com outros focos, incluindo a tuberculose, os profissionais não consideram as famílias ao planejar o cuidado⁴⁴.

Outra questão relevante^{(16),(27)} foi a autopercepção dos profissionais de saúde em relação as suas práticas, de modo que a qualidade de atuação auto-referida pelos profissionais não é percebida pelos usuários, sugerindo que as ações e serviços podem estar sendo desenvolvidos de forma insuficiente ou desarticuladas da necessidade de saúde da comunidade.

No contexto brasileiro, as unidades de saúde da família possuem em seu rol de atividades a oferta de ações programadas que se iniciam durante os cuidados do pré-natal e se desenvolvem desde a primeira semana de vida da criança.⁽⁸⁾ Entretanto, a literatura^{(24),(25)} aponta que o familiar e/ou cuidador não afilia-se às ações de promoção de saúde. Logo, a procura por atendimento do público infantil ocorre em condições agudas, pois o familiar/ e ou cuidador não tem o hábito de comparecer aos serviços de saúde para realizar o acompanhamento de rotina da criança.

Em relação ao acompanhamento da criança na APS, o recomendado pelo Ministério da Saúde é de 08 (oito) consultas ao ano. Entretanto, aponta-se que a média de consulta é de 03 (três) por ano⁽²⁴⁾, revelando que à lógica de prevenção ainda não está presente nos usuários, que condiciona o atendimento à criança a demanda de queixa e conduta, reforçando as práticas curativistas. É necessário promover a mudança de postura dos usuários em relação ao serviços de saúde e reforçar a importância do acompanhamento da criança. Nessa perspectiva, quando um serviço de APS se restringe a oferecer assistência individual e curativa em detrimento da preventiva, levam ao

prejuízo da afiliação, ao estabelecimento de vínculos, à integração de cuidados e da longitudinalidade.⁽²⁵⁾

Estudo⁽¹³⁾ de avaliação da extensão dos atributos da APS realizado em uma região do Rio de Janeiro apontou indícios de que as localidades nas quais a atenção à saúde da criança estava orientada para APS, se fez presente o investimento da gestão nas ações de educação permanente e fortalecimento das equipes, e a existência de indicadores de pagamentos por metas e qualidade das equipes de APS. Assim, considera-se que a valorização da equipe é importante para a qualidade da APS.

Diante desta revisão integrativa de literatura observou-se que dos 28 estudos avaliados, apenas um trouxe com clareza os fatores que possivelmente contribuem para a presença e extensão dos atributos da APS, representando uma lacuna em termos de estudos. Avaliar a qualidade dos serviços de saúde é importante, mas também há a necessidade de elucidar caminhos exitosos para atingir tal qualidade.

Considerações Finais

Esta revisão apresentou uma revisão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do familiar e/ou cuidador com a utilização do PCATool versão criança.

As evidências científicas apontam que os serviços apresentam-se orientados para longitudinalidade, em contrapartida, não há orientação familiar e comunitária, fato que demonstra o não reconhecimento do familiar na produção do cuidado à criança.

O acesso das crianças nos serviços de saúde ocorre através das condições agudas, e o familiar e/ou cuidador não adere às ações de prevenção e promoção da saúde. Esta procura por atendimento em condições agudas mantém relação com a avaliação negativa do acesso, da integralidade e coordenação do cuidado. Há a necessidade do fortalecimento do diálogo entre profissionais de saúde e usuários para estimular a promoção da saúde, transformando a cultura da procura pela APS para o cuidado centrado na doença. Nesse cenário o diálogo é fundamental para que usuário reconheça a contribuição que o serviço de saúde poderá desempenhar na saúde de seu filho/família. Abordar durante as consultas de pré natal, aspectos importantes no cuidado da criança em relação à promoção de saúde e os benefícios da puericultura pode ser adotada como estratégia para fortalecer a atenção a saúde da criança.

Os estudos demonstram ainda que a proposta da ESF requer mudanças no processo de gestão e trabalho da equipe, visto que ainda se faz necessário investir em estruturas físicas, qualificação e valorização profissional, corroborando para o fortalecimento deste nível de atenção.

O instrumento PCATool permite captar a auto percepção, e de forma geral, a percepção do usuário é subjetiva variando de acordo com a vivência de cada sujeito. Outrossim, pessoas vivenciam experiências de cuidados distintos, podendo se constituírem como limitações dos estudos analisados.

Por fim, a oferta de cuidados e serviços ocorre de forma desigual e prevalecem diferenças regionais significativas. A comparação de estudos que utilizaram o instrumento PCATool para avaliar a percepção dos usuários e profissionais é positiva à medida que permite observar diferentes perspectivas de uma mesma realidade, e ainda comparar resultados em diferentes localidades do Brasil e do mundo.

Por fim conhecer as possibilidades de avaliação da APS, saber interpretá-las e utilizá-las para melhoraria da qualidade dos serviços de saúde é oportuno para os profissionais da APS, em especial para a enfermagem, visto que este profissional vem se destacando no gerenciamento dos serviços de saúde e cargos de gestão.

Referências

1. OPAS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Brasil: Organización Panamericana de Saúde, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012. Acesso em 08/09/2018. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>
3. STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001. Acesso em <<https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>>
4. LIMA, R. T; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 15, n. 1, p. 103-114. 2011.
5. BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool- Brasil. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
6. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saúde Pública*.2006; 22(8):1649-59.:

7. Fracolli LA, Gomes MFPG, Nabão FRZ, Santos MSS, Cappellini VK, Almeida ACC. Assessment instruments for primary health care: literature review and meta-synthesis. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2014. V19 n°12. P. 4851-4860. Acesso em 09/09/2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 33) ISBN 978-85-334-1970-4
Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Rev. Texto & contexto enferm* [online] 2008; 17(4):758-64. Acesso em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
10. O'Connor D, Green S, Higgins JPT, editors. Defining the review question and developing criteria for including studies. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [Internet]. Chichester (UK): The Cochrane Collaboration; 2011. Acesso em 18/06/2018. Disponível em: http://handbook.cochrane.org/chapter_5/5_defining_the_review_question_and_developing_criteria_for.htm.
11. Morais JMO; Nogueira CMCS; Morais FRR. First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old. *Rev Cuidado Fundamental* [Online]. 2017. jul/set; 9(3):848-856. Acesso em 20/06/2018. Disponível em [file:///C:/Users/sms/Downloads/5575-32829-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sms/Downloads/5575-32829-1-PB%20(1).pdf)
12. Wolkers PCB Macedo JCB, Rodrigues CM, Furtado MCC, Mello DF. Primary care for children with type 1 diabetes mellitus: perspective of caregivers. *Rev. Acta paulista enfermagem* [Online] 2017. acesso em 20/06/2018. vol.30 n.5. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002017000500451&script=sci_arttext&tlng=pt.
13. Pinto L.F. The quality of Primary Health Care in Rocinha - Rio de Janeiro, Brazil, from the perspective of caregivers of children and adult users. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva*. [online] 2017. vol.22 n.3. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300771
14. Santos NCCB, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Family and Community Orientation according to three models of child health care. *Rev. Acta Paulista enfermagem*. vol.29 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2016
15. Silva^a CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. [online] 2016. Acesso em 20/06/2018. Vol 69. N3. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000300522&script=sci_arttext&tlng=en
16. Silva^b AS, Fracolli L.A. Evaluation of child care in the Family Health Strategy. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 2016. Acesso em 20/06/2018. vol. 69 n.1. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100054

17. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. *Rev.Ciências e Saúde Coletiva*. [online] 2016. Acesso em 21/09/2018. vol.21 no.1. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000100119&script=sci_arttext
18. Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO. Evaluation of the integrality attribute in child health care. *Rev.Gaucha de Enfermagem*. [online] 2016. Acesso em 21/09/2018. Vol.37.n.4.pp.1-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rge/v37n4/0102-6933-rge-1983-144720160457067.pdf>
19. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D, Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev.Ciências e Saúde Coletiva*. 2016. Acesso em 21/07/2018. Vol.21 n.5.p10. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1399.pdf>.
20. Vaz MC, Magalhães RKBP, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. *Rev.Gaucha de Enfermagem*. 2015. Acesso em 21/07/2018. Vol.36.n4. p.1-6. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400049
21. Quaresma FRP, Stein AT. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. *Rev.Ciências e Saúde Coletiva*. [online] 2015. Acesso em 20/07/2018. P1-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2461.pdf>
22. Daveschi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Toso BRGO, Collet N. Evaluation of the principles of family counseling and community primary care child health. *Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. [online] 2015. Acesso em 21/07/2019. v. 36, n. 1, p. 31-38. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/18032/17288>
23. Frank BRB, Vieira CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRGO. Evaluation of the longitudinality in Primary Health Care units. *Revista Saúde e Debate*. 2015. Acesso em 20/07/2018. v. 39, n. 105, p.400-410. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00400.pdf>
24. Oliveira VC, Verissimo MOR. The practice of longitudinality in attendance of children's health: comparison between distinct care models *Rev. Cogitare Enfermagem*. [online] 2015. Vol 20. Nº1. P45-52. Disponível em [file:///C:/Users/sms/Downloads/35233-151067-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sms/Downloads/35233-151067-1-PB%20(1).pdf).
25. Oliveira VBC, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev.Escola de Enfermagem da USP*. 2015. Acesso em 21/07/2018. V. 49 nº1.p.30-36. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0030.pdf
26. Silva AS, Baitelo TC, Fraccolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev.Latino Americana de Enfermagem*. [online] 2015. Acesso em 18/07/2018. v°15.n°23. p.979-87. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf.
27. Fraccolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Evaluation of the Primary Healthcare attributes in a municipality located in the countryside of São Paulo State – Brazil. *Rev.O mundo da Saúde*. [online]. 2015. Acesso em 18/07/2019. v°15. nº39. P.54-61. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf.

28. Berra S, Sanz MR, Rajmil L, Pasarín MI, Borrell C. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*. [online]. 2014. Acesso em 18/07/2018. Vol13.nº12. p.2607-2618. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02607.pdf>.
29. Araujo JP, Vieira CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. *Rev.Acta Paulista. Enfermagem*. [online] 2014. Acesso em 24/08/2018. Vol27. Nº5 p 440-446. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009.
30. Filho MM, Luz BSR, Araujo CS. Primary health care and its attributes: the situation of children under two years of age according to their caregivers. *Rev.Ciencias e Saúde Coletiva*. [online] 2014. Acesso em 18/08/2018. Vol 19 nº07. P.2033-2046. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02033.pdf>
31. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Perira MM, Caldeira AP. Primary Care and maternal and child health: perceptions of caregivers in a rural 'quilombola' community. *Rev.Ciências e Saúde coletiva*. [online]. 2014. Acesso em 18/08/2018. Vol19.n2.p.365-371. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>.
32. Ferrer APS, et al. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services—Brazilian evidence. *Rev. Helth Policy and Planning*. [online] 2014. Acesso em 21/08/2018. Vol 29.nº2.p107-113. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202922/>.
33. Rivera C, Felló G, Berra S. The experience of continuity with the primary care provider with schoolchildren. *Rev.Brasileira de medicina da família e comunidade*. [online] 2013. Vol.8 nº29. P227-234. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/739/582>.
34. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAGL. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev.Latino Americana de Enfermagem*. [online] 2013. Acesso em 20/08/2018. Vol.21.nº2.p.1-8. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200554
35. Leão DAL, Caldeira AP, Oliveira MMC. Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers. *Rev. Bras. Saude Materno Infantil*. vol.11 no.3 Recife July/Sept. 2011. Acesso em 20/06/2018. Disponível <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>
36. Leão CDA, Caldeira AP. Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. *Rev.Ciências e Saúde Coletiva*. Vol16.n 11.2011. Acesso em 18/08/2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200014>.
37. Berra SB, et al. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*. 2011. Acesso em 18/08/2018. Disponível em <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-285>
38. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CLO. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. *Rev.Cadernos de Saúde Pública*. 2008. Acesso em 18/08/2018. V. 24 Sup 1 p. s148-s158. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>

39. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. [online] 2016. Acesso em 07/09/2018. Vol.21.nº2.p.327-338. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en_1413-8123-csc-21-02-0327.pdf.
40. Amaral JCA, Weiller TH, Souza R. Tendência da produção científica sobre avaliação em atenção primária à saúde. *Rev. Enfermagem UFSM*. [online] 2018. Vol. 8.nº2. p.410-419. Acesso em 07/09/2018. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23352>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Implantação das equipes. [Site da Internet]. Acesso em 07/09/2018. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php.
42. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. ISBN 978-85-8071-024-3.
43. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
44. Finkler AL, Viera CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary healthcare. *Acta Paul Enferm* 2014; Acesso em 02/09/2018. V.27.n.06 p.548-53. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600548
44. Furlan MCR; Gonzales RIC; Marcon SS. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2015;36(esp): 102-10.

52. Artigo 2 - PREVALÊNCIA DE LONGITUDINALIDADE E FATORES ASSOCIADOS NO CUIDADO ÀS CRIANÇAS

PREVALENCE OF LONGITUDINALITY AND FACTORS ASSOCIATED WITH CHILDREN'S CARE

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência do atributo longitudinalidade na experiência do familiar e/ou cuidador de crianças associado aos fatores individuais e contextuais nos municípios que compõe a 4ª CRS/RS. Método: estudo epidemiológico observacional transversal multinível realizado nos municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS). A amostra final foi composta por 1.061 familiares e/ou cuidadores de crianças que acessam os serviços de APS da 4ª CRS/RS. A amostragem foi não-probabilística por conveniência. Para coleta de dados utilizou-se um questionário de caracterização e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool Brasil versão criança. Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico STATA 14.0 (*Stata Corporation, College Station, TX, USA*). Resultados: a prevalência bruta da longitudinalidade foi de 71,1% para a região Verdes Campos e de 68,1% para a Região Entre Rios. O estudo revelou que municípios de menor porte apresentaram menor prevalência do atributo, e que quanto maior a cobertura vacinal maior a prevalência; familiares/cuidadores que possuem plano de saúde reconhecem os serviços de APS como fonte regular de cuidado, e ainda identificaram que não há diferença entre os modelos de atenção. Conclusão: contudo, há necessidade de aprimorar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, visto que este modelo deveria estar mais orientado para a longitudinalidade em comparação ao modelo tradicional e misto.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Enfermagem; Avaliação dos serviços de Saúde¹

ABSTRACT

Objective: to analyze the existence of a longitudinal component in the experience of the relative and / or caregiver of childhood associated with the individuals and contexts in the municipalities that make up the 4th CRS / RS. Method: cross-sectional observational epidemiological study conducted in municipalities belonging to the 4th Regional Health Coordination of the state of Rio Grande do Sul (4th CRS / RS). A final sample was made by 1,061 family members and / or caregivers of children who access the APS

¹ Artigo formatado conforme normas da Revista Latino Americana de Enfermagem

services of the 4th CRS / RS. A sampling was non-probabilistic for convenience. For data collection, a characterization questionnaire and the Instrument for Assessment of Primary Health Care of PCATool Brazil were used. Data were applied using the statistical software STATA 14.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Results: the longitudinality prevalence was 71.1% for the Campos region and 68.1% for the Entre Rios Region. The previous year is the one that is higher than the highest prevalence of the attribute, and the higher the vaccine coverage the greater the prevalence; in the standard of care, have been a member of services in the standard of care. Conclusion: the birth of work process of health families, since this model should be more oriented to a longitudinality in relation to the traditional and mixed model.

Descriptors: Primary Health Care; Child Health; Nursing; Assessment of health services.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato dos usuários com os sistemas de saúde e é o primeiro elemento de um continuado processo de saúde, se configurando como estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população.⁽¹⁾ No Brasil, a APS é representada por três modelos de atenção distintos: as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Mistas (UBS e USF).

A APS traz consigo atributos estruturantes considerados essenciais para sua efetividade, sendo eles: o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, e coordenação do cuidado; e ainda atributos derivados, os quais qualificam as ações na APS: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.⁽²⁾ Dentre eles, destaca-se o atributo da longitudinalidade, o qual se efetiva quando o usuário reconhece um serviço de saúde como sua fonte habitual de cuidado e o utiliza ao longo do tempo. A longitudinalidade é estabelecida quando há uma relação de vínculo e confiança entre usuários e profissionais, e promove a continuidade de cuidados e informações.⁽³⁻⁴⁾

Em relação ao cuidado à criança na APS, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo estratégias como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que orienta e qualifica ações e serviços de saúde da criança. A PNAISC tem o objetivo de potencializar a qualidade de vida e garantir a longitudinalidade da atenção a partir de mudanças do modelo técnico-assistencial,

representada pela ampliação do acesso aos serviços, desfragmentação da assistência e mudança na forma como o cuidado às gestantes e aos recém-nascidos vem sendo realizado.⁽⁵⁾ Desta, forma os cuidados à criança na APS devem iniciar na primeira semana de vida, e seguir de forma continuada, envolvendo condições do contexto de saúde e de vida da família, com articulações intersetoriais, no território, conforme as necessidades de cada criança/família.

A expansão da APS através da ampliação das ESF, no Brasil, contribuiu para a redução da mortalidade infantil, porém, ainda prevalece o cuidado à criança pautado na queixa-conduta, com ações insuficientes para garantir a presença e a extensão da longitudinalidade na APS, pois existe um desequilíbrio entre a oferta do cuidado e as necessidades das crianças, permanecendo a longitudinalidade como desafio para os modelos assistenciais.⁽⁶⁻⁸⁾

A avaliação dos serviços de APS permite conhecer sua efetividade e como remodelar as práticas em saúde, objetivando o mais alto grau de orientação para a APS. Para contribuir com a avaliação, Starfield⁽²⁾ e colaboradores desenvolveram o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) o qual permite mensurar a presença e extensão dos atributos da APS através de entrevistas com familiar e/ou cuidadores de crianças. Este capta aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento e execução das ações de APS independente do modelo de atenção. A versão criança do PCATool foi validada em 2002 no Brasil e seus resultados indicam que o instrumento possui adequada validade e confiabilidade.⁽⁹⁾

Assim, este estudo tem por objetivo analisar a prevalência do atributo longitudinalidade na experiência do familiar e/ou cuidador de crianças, associada aos fatores individuais e contextuais nos municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS).

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, multinível realizado nos municípios pertencentes à 4ª CRS/RS.

Cenário

A pesquisa foi realizada em 148 unidades de APS distribuídas nos 32 municípios pertencentes a 4ª CRS/RS, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Esta é subdividida em duas regiões de saúde denominadas Verdes Campos e Entre Rios, com 542.357 habitantes no ano da coleta de dados (BRASIL, 2014).

A região Verdes Campos, com população de 417.906 habitantes e 101 unidades de APS é composta por 21 municípios sendo eles; Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João do Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul. A região Entre Rios possui uma população de 123.915 habitantes e 47 unidades de APS, sendo integrada por 11 municípios, a saber: Santiago, Itacurubi, Unistalda, Capão do Cipó, São Francisco de Assis, Esperança do Sul, Jaguari, Jari, Mata, São Vicente do Sul e Cacequi.⁽¹⁰⁾

População

O tamanho da amostra foi definido através do cálculo amostral, considerando a estimativa da média populacional de crianças de cada município pertencente a 4ª CRS/RS. A amostra final foi composta por 1.061 familiares e/ou cuidadores de crianças que acessam os serviços de APS da 4ª CRS/RS. A amostragem foi não-probabilística, por conveniência. Utilizou-se como critério de inclusão: que o participante deveria ser cuidador ou responsável legal de uma criança e ter acessado mais de uma vez as unidades de APS para obtenção de cuidados em saúde. Definiu-se como critério de exclusão: usuários com dificuldades para responder ao instrumento.

Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um questionário de caracterização e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool Brasil versão criança.⁽⁹⁾ A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2015 por meio de tablets com o software Epi Info® 7.0. O instrumento foi aplicado de forma presencial, e os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, após contato prévio com os coordenadores, em seus horários de funcionamento, de forma a não causar prejuízo no atendimento aos usuários e no trabalho dos profissionais. As avaliações foram realizadas em local reservado, a fim de preservar o anonimato e a privacidade dos entrevistados.

Variáveis

Os dados de nível individual foram extraídos da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão criança e do questionário socioeconômico e demográfico, já os dados do nível contextual estão relacionados com as características dos municípios nos quais residiam os usuários entrevistados (porte populacional e cobertura vacinal), sendo essas informações extraídas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE e do Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (BI Saúde).

Quanto às variáveis contextuais (nível de município) utilizou-se região de saúde a qual o participante pertencia (Verdes Campos e Entre Rios), o porte populacional do município que residia (50 mil habitantes ou mais/25001 até 50 mil/2001 até 25 mil/15001 até 20 mil/ 10001 até 15 mil/ 5001 até 10 mil/ 4001 até 5 mil /3001 até 4 mil/ até 3mil) e a cobertura vacinal de seu município (até 80,62%/ de 80,63% até 96,43%/ mais de 96,43%).

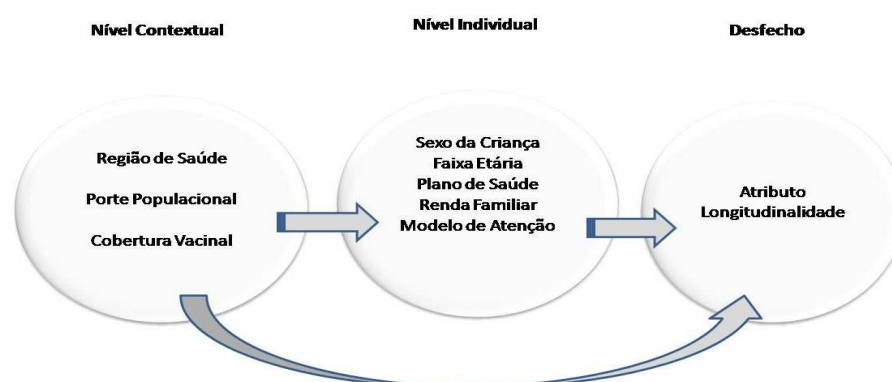
As variáveis individuais utilizadas foram coletadas através de uma entrevista com o familiar e/ou cuidador e incluíram: sexo da criança (masculino/feminino), faixa etária (até 5 anos/6 a 11 anos/12 a 18 anos), se possuía plano de saúde (sim/não), qual era o modelo de atenção em saúde acessado (UBS/USF/Mista) e qual sua renda familiar mensal (Até R\$788,00/ R\$789,00 a R\$1.576,00/ R\$1.577,00 a R\$2.364,00/ R\$2.365,00 a R\$3.152,00/ Mais de R\$3.152,00).

O desfecho deste estudo foi a prevalência da longitudinalidade no cuidado à criança na APS.

Análise estatística

Para a explicação das relações entre as variáveis foi elaborado um modelo teórico, organizado segundo as dimensões individuais e contextuais do atributo longitudinalidade (Figura 1).

Figura 1: Modelo teórico da Longitudinalidade no cuidado à criança na atenção primária à saúde, na experiência do familiar e/ou cuidador, segundo características individuais e contextuais. Santa Maria, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico STATA 14.0 (*Stata Corporation, College Station, TX, USA*). Além da análise descritiva, também verificou-se as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas e a prevalência do atributo avaliado, foi realizada uma regressão de Poisson multinível, onde no primeiro nível foram considerados os participantes do estudo, incluídos em suas respectivas cidades (segundo nível), para obtenção das razões de prevalência brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada ocorreu em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco); e Modelo 2 (as variáveis contextuais mais as variáveis individuais). Para a análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance* (loglikelihood), verificando-se assim alterações estatisticamente significativas entre eles.

Aspectos éticos

Este estudo é parte de um projeto matricial submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 34137314.4.0000.5346).

Quanto aos aspectos éticos do presente estudo, foram assegurados de acordo com a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que diz respeito a pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi financiado com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Edital 014/2014.

RESULTADOS

Foram considerados no estudo 1.059 respondentes, os quais completaram 50% ou mais das respostas referentes à longitudinalidade. Os resultados da avaliação da longitudinalidade da APS, de acordo com a experiências do familiar e/ou cuidador de crianças, são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Descrição da amostra, prevalência do atributo longitudinalidade e razões de prevalência bruta, Brasil, 2012 (n=1.059).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência da Longitudinalidade (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	Valor P
Região				
Verdes campos	811 (76,58)	71,1 (67,9-74,1)	1	
Entre Rios	248 (23,42)	68,1 (62,06-73,6)	0,95 (0,80-1,13)	0,622
Porte Populacional				
50 mil ou mais	499 (47,08)	72,1 (68,0-75,9)	1	
25001 até 50 mil	92 (8,68)	70,6 (60,5-79,08)	0,97 (0,75-1,27)	0,877
2001 até 25 mil	110 (10,38)	75,4 (66,5-82,6)	1,04 (0,82-1,32)	0,713
15001 até 20 mil	112 (10,57)	61,6 (52,2-70,1)	0,85 (0,66-1,10)	0,230
10001 até 15 mil	54 (5,9)	77,7 (64,6-87,0)	1,07 (0,78-1,48)	0,644
5001 até 10 mil	93 (8,77)	60,2 (49,9-69,6)	0,83 (0,62-1,10)	0,208

4001 até 5 mil	31 (2,92)	90,3 (73,5-96,9)	1,25 (0,85-1,83)	0,252
3001 até 4 mil	39 (3,68)	53,8 (38,1-68,8)	0,74 (0,48-1,15)	0,193
Até 3 mil	30 (2,83)	76,6 (58,1-88,6)	1,06 (0,69-1,61)	0,777
Cobertura Vacinal				
Até 80,62%	204 (19,25)	68,6 (61,9-74,6)	1	
80,63% até 96,43%	739 (69,72)	70,9 (67,5-74,0)	1,03 (0,85-1,24)	0,732
Mais de 96,43%	117 (11,04)	70,9 (62,0-78,4)	1,03 (0,78-1,35)	0,811
Sexo				
Masculino	514 (48,67)	69,4 (65,3-73,2)	1	
Feminino	542 (51,33)	71,4 (67,4-75,0)	1,02 (0,89-1,18)	0,707
Faixa etária				
Até 5 anos	477 (45,78)	71,9 (67,6-75,7)	1	
6 a 11 anos	337 (32,34)	70,3 (65,2-74,9)	0,97 (0,82-1,15)	0,792
12 a 18 anos	228 (21,88)	70,1 (63,8-75,7)	0,97 (0,80-1,17)	0,799
Plano de Saúde				
Sim	185 (17,54)	71,8 (64,9-77,9)	1	
Não	870 (82,46)	70,1 (66,9-73,07)	0,97 (0,80-1,17)	0,794
Modelo de Atenção				
UBS	439 (42,17)	74,9 (70,6-78,7)	1	
ESF	456 (43,80)	68,4 (63,9-72,5)	0,91 (0,78-1,06)	0,249
Mista	146 (14,02)	66,4 (58,3-73,6)	0,88 (0,70-1,11)	0,297
Renda Familiar				
Até R\$788,00	417 (39,64)	68,1 (63,4-72,4)	1	
R\$789,00 a R\$1.576,00	451 (42,87)	75,1 (70,9-78,9)	1,10 (0,94-1,29)	0,220
R\$1.577,00 a R\$2.364,00	110 (10,46)	72,7 (63,6-80,2)	1,06 (0,83-1,36)	0,604
R\$2.365,00 a R\$3.152,00	53 (5,04)	56,6 (42,9-69,3)	0,83 (0,57-1,21)	0,335
Mais de R\$3.152,00	21 (2,00)	52,3 (31,3-72,5)	0,76 (0,42-1,40)	0,393

* Valores abaixo de 1.060 fazem parte de dados faltantes.

Em relação às variáveis contextuais, a maior proporção da amostra 811 (76,58%) pertencia à região Verdes Campos, 499 (47,08%) eram residentes em municípios com 50 mil ou mais habitantes e 739 (69,72%), apresentaram cobertura vacinal de 80,63% a 96,43%. Na prevalência bruta da longitudinalidade, esta foi de 71,1% para a região Verdes Campos e 68,1% para a Região Entre Rios. O porte populacional que mostrou maior prevalência de longitudinalidade foi o que conta com 4001 a 5 mil habitantes (90,3%), e a cobertura vacinal demonstrou prevalência bruta de longitudinalidade semelhante em todas as categorias. A prevalência geral de longitudinalidade foi de 68,1% (com o mínimo de 62,1% e o máximo de 73,6%).

No que concerne às variáveis individuais, houve distribuição em igual proporção entre o sexo da criança, porém, a faixa etária com maior representatividade foi a de até 5 anos, com 477 (45,78%), seguida, da faixa etária de 6 a 11 anos, com 337 (32,34%). A maioria dos participantes não possuía plano de saúde 870 (82,42%) e 451 (42,87%) indicaram ter renda familiar mensal média de dois salários mínimos. Em referência aos modelos de atenção, 439 (42,17%) da amostra declaram-se afiliados à UBS, 456 (43,80%) adscritos à ESF, e 146 (14,02%) identificaram como fonte de cuidado as unidades mistas. No que se refere às variáveis individuais na prevalência do atributo, identificou-se maior prevalência bruta da longitudinalidade (71,9%) em crianças de até 5 anos de idade. A maior proporção dos participantes 870 (82,46%) não possuem plano de saúde e entre os que possuem plano de saúde, a prevalência bruta de longitudinalidade foi semelhante entre as características. Observou-se que, quanto menor a renda familiar, variando de 1 a 3 salários mínimos, maior a prevalência do atributo avaliado (68,1% a 75,1). Em relação ao modelo de atenção, a prevalência bruta da longitudinalidade foi maior na UBS (74,9%), seguida pela ESF (68,4%) e por unidades mistas (66,4%).

A associação não ajustada entre as variáveis contextuais e individuais e o atributo de longitudinalidade não são estatisticamente significantes. A tabela 2, então, apresenta os resultados ajustados da análise de regressão de Poisson multinível, onde é feito o acréscimo do bloco de variáveis contextuais (Modelo 2) na análise e, após, das variáveis individuais de cada criança junto a essas (Modelo 3), mostram-se um modelo mais explicativo da situação.

Tabela 2. Razões de Prevalência ajustadas para as variáveis do nível de equipe de saúde e variáveis individuais, Brasil, 2019 (n=1.060).

VARIÁVEL	Modelo 2 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*	Modelo 3 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*
Região				
Verdes campos	1		1	
Entre rios	0,88 (0,64-1,20)	0,432	0,88 (0,63-1,25)	0,500
Porte populacional				
50 mil ou mais	1		1	
25001 até 50 mil	1,11 (0,73-1,68)	0,614	1,21 (0,77-1,88)	0,394
2001 até 25 mil	1,19 (0,76-1,85)	0,436	1,34 (0,82-2,16)	0,231
15001 até 20 mil	0,92 (0,64-1,31)	0,648	1,00 (0,68-1,47)	0,982
10001 até 15 mil	1,26 (0,79-2,01)	0,319	1,36 (0,83-2,24)	0,215
5001 até 10 mil	0,83 (0,61-1,14)	0,264	0,89 (0,62-1,27)	0,535
4001 até 5 mil	1,24 (0,79-1,93)	0,339	1,40 (0,86-2,26)	0,166
3001 até 4 mil	0,80 (0,48-1,33)	0,396	0,95 (0,56-1,62)	0,876
Até 3 mil	1,07 (0,64-1,81)	0,778	1,23 (0,71-2,14)	0,446
Cobertura Vacinal				
Até 80,62%	1		1	
80,63% até 96,43%	1,13 (0,78-1,64)	0,491	1,28 (0,86-1,92)	0,220
Mais de 96,43%	1,24 (0,83-1,84)	0,284	1,30 (0,85-1,99)	0,216
Sexo				
Masculino			1	
Feminino			1,02 (0,88-1,19)	0,716
Faixa etária				
Até 5 anos			1	
6 a 11 anos			0,96 (0,81-1,14)	0,682
12 a 18 anos			0,98 (0,81-1,19)	0,861
Renda Familiar				
Até R\$7488,00			1	
R\$789,00 a R\$1.576,00			1,05 (0,89-1,25)	0,524
R\$1.577,00 a R\$2.364,00			1,02 (0,78-1,34)	0,851
R\$2.365,00 a R\$3.152,00			0,77 (0,52-1,15)	0,218
Mais de R\$3.152,00			0,91 (0,47-1,76)	0,795
Plano de Saúde				
Sim			1	
Não			0,94 (0,76-1,17)	0,615
Modelo de Atenção				
UBS			1	
ESF			0,86 (0,71-1,04)	0,139
Mista			0,84 (0,64-1,11)	0,240

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: modelo nulo

Modelo 2: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Modelo 3: as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 2, mais as variáveis do nível individual de cada criança.

As razões de prevalência ajustadas para as variáveis do nível contextual e variáveis individuais apresentaram valores de p superiores a 0,05. Este resultado demonstra que, tanto o modelo contextual quanto o modelo final, não mostraram associações estatisticamente significantes com o atributo avaliado.

DISCUSSÃO

O estudo revelou que não houve diferenças na prevalência de longitudinalidade conforme as variáveis estudadas. Estes achados corroboram com estudos que utilizaram o PCATool versão criança e evidenciaram que uma vez o usuário acesse o serviço de saúde, ele considera o serviço e os profissionais como uma fonte de cuidado para as consultas de rotina e novas demandas de saúde, e se constituem relações de pertencimento, vínculo e confiança.⁽¹¹⁻¹⁵⁾

Em relação às variáveis contextuais (nível do município) que compõe o modelo, a maior proporção da amostra residia em municípios com 50 mil ou mais habitantes e 69,72% e identificaram a presença do atributo longitudinalidade. Entretanto os dados revelaram que municípios de menor porte apresentaram menor prevalência do atributo longitudinalidade. Isso representa um desafio para a gestão, onde os municípios de menor porte requerem maior suporte técnico da Secretaria Estadual de Saúde e de suas estruturas regionais, bem como a valorização dos Colegiados de Gestão Regionais, responsáveis pela pactuação do fluxo dos usuários na rede de serviços intermunicipais.⁽¹⁶⁾ Quanto ao acompanhamento da situação vacinal da criança uma das ações programáticas prioritárias das equipes de APS, este estudo revelou que quanto maior a cobertura vacinal, maior a prevalência do atributo longitudinalidade. Depreende-se que há relação entre o vínculo do familiar e/ou cuidador com os serviços de APS e a cobertura vacinal. Entretanto há uma lacuna na produção científica no que tange a relação da situação vacinal com a prevalência da longitudinalidade.

Observou-se maior prevalência do atributo longitudinalidade entre as crianças com até 5 anos, compreendendo que ela frequenta mais os serviços de saúde nos primeiros anos de vida, recebendo orientações de prevenção e promoção de acordo com

a faixa etária. Isso corrobora com outros estudos que identificaram que a maior parte dos atendimentos às crianças ocorrem por meio da atenção à demanda espontânea, ocasionados por condições agudas de doenças e agravos e, na maioria das vezes, os responsáveis procuram o primeiro atendimento em unidades de urgência e emergência, descaracterizando a APS como coordenadora da atenção do cuidado.^(15, 17, 18)

A maioria dos participantes não possui plano de saúde e utilizam exclusivamente os serviços de APS. Porém, familiares e/ou cuidadores que possuem plano de saúde reconhecem os serviços de APS como fonte regular de cuidado e identificam a prevalência do atributo longitudinalidade nestes serviços. Dados semelhantes foram identificados em um estudo realizado na Argentina, no qual cuidadores de crianças que utilizavam serviços públicos e privados identificaram a maior extensão da longitudinalidade em serviços públicos.⁽¹⁹⁾ Em estudo realizado no mesmo cenário com usuários adultos, o atributo atingiu escores positivos somente entre aqueles que utilizavam serviços públicos.⁽²⁰⁾ Depreende-se que, mesmo utilizando um plano de saúde privado, ainda assim a criança mantém vínculo com os serviços públicos para cuidados de rotina como as imunizações, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Em relação à renda familiar, o estudo demonstrou que familiares e/ou cuidadores que relataram renda de até três salários mínimos faziam uso do serviço público e identificaram a presença do atributo longitudinalidade, o que se difere dos resultados de um estudo realizado na Espanha, no qual familiares e/ou cuidadores de crianças com baixas condições socioeconômicas não identificaram a presença da continuidade do cuidado, visto que diferenças sócio demográficas resultaram em desigualdade na qualidade e provisão do serviço.⁽¹⁹⁾

Estes achados reafirmam a importância do papel da APS para as populações mais vulneráveis, espaço fundamental para garantir a atenção às crianças. Entretanto deve-se superar o conceito de atenção primária seletiva, direcionadas para populações pobres, expandindo-a para toda a população, de forma que todos possam ter acesso à oferta de serviços de excelência nesse nível de atenção, de forma que a população não se sujeite a gastos com seguros privados de saúde.⁽¹⁶⁾

A maior prevalência da longitudinalidade foi identificada nas UBS's tradicionais, seguidas pelas USF e Unidades Mistas, demonstrando que não houve

diferença no processo de trabalho existente entre os modelos de atenção estudados, divergindo dos achados encontrados em estudo semelhante realizado na mesma região com usuários adultos, na qual a longitudinalidade foi identificada com maior escore (6,9) em USF.⁽²⁰⁾

Outros estudos que utilizaram o PCATool versão criança também identificaram que não há diferença entre os modelos de atenção e no processo de trabalho das equipes.⁽²¹⁻²³⁾ Estes dados podem estar relacionados ao maior acesso da criança na demanda espontânea com casos agudos em curso, a dificuldade de formar vínculo com o familiar e/ou cuidador, a falta de adesão à puericultura e a falta de competência técnica para o acompanhamento da criança.⁽²⁰⁻²¹⁾ Também pode-se inferir que os usuários têm dificuldade em reconhecer os diferentes modelos de atenção, funcionalidades e compreender a lógica do processo de trabalho das equipes. Assim, manter dois modelos de atenção (UBS e ESF) de forma concorrentes pode contribuir para a fragmentação do cuidado, e para a não superação do modelo biomédico.⁽²³⁾ Há necessidade de mudanças profundas no processo de trabalho das unidades de saúde com ESF, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção e promover efetiva implementação das diretrizes propostas pelo modelo ESF.⁽²⁰⁾

Em relação aos achados não significativos, pode haver uma relação da forma não probabilística com a qual a amostra foi coletada, o que pode ter gerado um viés de seleção levando a não diferença estatística entre os indivíduos. Por tratar-se de uma amostra regional, para a seleção da diferença do atributo longitudinalidade em crianças um maior número de indivíduos deveria ser entrevistado, porém o estudo demonstrou a presença do atributo em uma região de saúde, fato que havia se limitado até então a um ou dois municípios, e resultam em uma possibilidade de subsidiar teoricamente gestores para incluir como ponto relevante a longitudinalidade no planejamento de suas ações, proporcionando aos profissionais de saúde uma reflexão sobre os serviços disponíveis e prestados à esta população.

Este estudo possui algumas limitações, dentre elas a seleção da amostra que ocorreu por julgamento de valor, sendo composta pelos familiares e/ou cuidadores mais acessíveis; e estes foram entrevistados na unidade de saúde, o que pode ter levado os participantes a emitir parecer mais positivo, para evitar tensões e possíveis

prejuízos na assistência a ser recebida. Ainda em relação aos respondentes, estes possuem dificuldade em compreender os diferentes modelos de atenção e suas funcionalidades.

O PCATool permite captar a auto percepção e, de forma geral, a percepção do usuário é subjetiva e varia conforme o entendimento e as experiências de cuidado. Por tratar-se de um delineamento transversal, este estudo não possibilita afirmativas de causalidade, apenas associação. Ainda, o estudo foi realizado em uma região de saúde do estado do Rio Grande do Sul, sendo que a maior proporção da amostra estratificada pertencia ao município de maior porte populacional em comparação aos demais, o que pode ter influenciado nos resultados, visto o destaque do município de Santa Maria na região. Porém, A análise multinível é apropriada para lidar com esses dados, pois leva em consideração a variância associada a cada nível, indivíduo e contexto. ⁽²⁴⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a prevalência do atributo longitudinalidade na experiência do familiar e/ou cuidador de crianças pertencentes aos municípios que compõem a 4ªCRS. Estes identificaram que não houve distinção na prevalência de longitudinalidade entre os diferentes modelos de atenção. Demonstra-se assim, que, há necessidade de aprimorar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, visto que este modelo deveria estar mais orientado para a longitudinalidade de que o modelo tradicional e misto. Pode se inferir com base neste inquérito que as ações de APS nos municípios da 4ª CRS/RS são ofertados de modo a contemplar a longitudinalidade. Contudo, há necessidade de realizar diferentes tipos de estudos, avançando para a avaliação de 4ª geração, captar os processos de trabalho, a organização e a gestão das equipes, bem como a relação de vínculo e comunicação com o usuário, para assim refletir sobre parâmetros de qualidade e extensão dos serviços fazendo valer os princípios que norteiam a APS.

FOMENTO: Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq) Edital 014/2014.

Referências

1. OPAS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Brasil: Organización Panamericana de Saúde, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PACTool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80 p
3. 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. Ciências e saúde Coletiva. 2011; 16(1): 1029-1042.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) ISBN 978-85-334-1970-4 Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
6. Morais JMO, Nogueira CMCS, Morais FRR. First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old. Rev Cuidado Fundamental. 2017; 9(3):848-856.
7. Silva AS, Fracolli L.A. Evaluation of child care in the Family Health Strategy. Rev. Bras. de Enfermagem. 2016; 69 (1): 54-61.
8. Oliveira VC, Verissimo MOR. The practice of longitudinality in attendance of children's health: comparison between distinct care models. Rev. Cogitare Enfermagem. 2015; 20 (1): 45-52.
9. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (8): 1649-1659.
10. IBGE. Diretoria de Pesquisa – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. NOTA: Estimativa da população residente com data de referência 1º de julho de 2011.

11. Wolkers PCB, Macedo JCB, Rodrigues CM, Furtado MCC, Mello DF. Primary care for children with type 1 diabetes mellitus: perspective of caregivers. *Rev. Acta paulista enfermagem*. 2017; 30 (5):451-457.
12. Silva CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69 (3): 522-531.
13. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva*. 2016; 21 (5):1399-1408.
14. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Evaluation of the Primary Healthcare attributes in a municipality located in the countryside of São Paulo State – Brazil. *Rev. o mundo da Saúde*. 2015; 15(39): 54-61.
15. Morais JMO; Nogueira CMCS; Morais FRR. First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old. *Rev Cuidado Fundamental*. 2017; 9 (3):848-856.
16. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde inovando o papel da Atenção primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan Americana da saúde, 2011. ISBN: 978-85-7967-066-4.
17. Streck MTH, GOMES BCF, Carvalho JL. SODER AB, WEILLER TH, DAMACENO AN. First contact access of the child to primary health care services: integrative review. *International Journal Of Development Research*. 2018; v.8 (10): 23315-23321.
18. Finkler AL, Viera CS, Tacla MT, Toso BR . O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem*. 2014; 27(6): 548-5.
19. Rivera C, Felló G, Berra S. La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):227-34.
20. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71 (3):1063-71.
21. Frank BRB; Viera CS; Ross C; Obregón PL; Toso BRGO. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde e Debate*. 2015; 39 (105): 400-410.
22. Reichert APS; Rodrigues PF; Albuquerque TM; Collet N; Minayo MCS. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva*. 2016; 21(8): 2375-2382.

23. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. 2015; 15. (23): 979-87.

24. Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:171-92.

6 DISCUSSÃO

Para aproximação do objeto do estudo foi proposto inicialmente uma revisão integrativa, que buscou identificar estudos que utilizaram o instrumento PCATool versão criança aplicado ao familiar e / ou cuidador para avaliar a percepção em relação à APS. Desta, evidenciou-se que 25 (89%) dos estudos foram desenvolvidos no Brasil. Consonante com estratégias de incentivo a cultura de avaliação e autoavaliação das equipes de saúde. O estudo revelou que o atributo Integralidade, subdividido em serviços disponíveis e serviços, não é produzido em sua totalidade quando se refere a atenção à saúde da criança, as ações permanecem centradas no modelo hegemônico curativista, com foco na doença. Em relação ao atributo longitudinalidade, observou-se que embora haja barreiras de acesso e coordenação do cuidado, ao acessar o serviço de saúde, logo se estabelece relações de vínculo entre usuário e equipe de saúde.

No Tópicos ao acompanhamento da criança na APS, constatou-se que a lógica de prevenção ainda não está presente nos usuários, que condicionam a procura por atendimento à criança em casos agudos de adoecimento, reforçando práticas curativistas. É necessário promover mudança de postura dos usuários em relação aos serviços de saúde e reforçar a necessidade do acompanhamento da criança em atendimentos de rotina, pois, quando um serviço de APS se restringe a oferecer assistência individual e curativa em detrimento da preventiva, levam ao prejuízo da afiliação, ao estabelecimento de vínculos, à integração de cuidados e da longitudinalidade.

Em referência à prevalência de longitudinalidade e fatores associados no cuidado à criança foi realizado o estudo com 1.059 respondentes, os quais completaram 50% ou mais das respostas referentes à longitudinalidade. Os resultados da avaliação da longitudinalidade da APS, de acordo com a experiências do familiar e/ou cuidador de crianças nos municípios pertencentes a 4ª CRS/RS, apontaram que não houve diferenças na prevalência do atributo conforme as variáveis estudadas.

Considerando às variáveis contextuais (nível do município) que compõe o modelo, a maior proporção da amostra residia em municípios com 50 mil ou mais habitantes e 69,72% e identificaram a presença do atributo longitudinalidade. Entretanto

os dados revelaram que municípios de menor porte apresentaram menor prevalência do atributo longitudinalidade. Estes dados são convergentes com a dificuldade de fixação de profissionais de saúde em municípios de pequeno porte (BRASIL, 2013).

A maior prevalência do atributo longitudinalidade entre as crianças com até 5 anos, compreendendo que ela frequenta mais os serviços de saúde nos primeiros anos de vida, recebendo orientações de prevenção e promoção de acordo com a faixa etária, e ainda cumprindo exigências do calendário vacinal. A maioria dos participantes não possui plano de saúde e utilizam exclusivamente os serviços de APS, porém, aqueles que possuem plano de saúde reconhecem os serviços de APS como fonte regular de cuidado e identificam a prevalência do atributo longitudinalidade nestes serviços.

Estes achados reafirmam a importância do papel da APS como espaço fundamental para garantir a atenção às crianças. A maior prevalência da longitudinalidade foi identificada nas UBS's tradicionais, seguidas pelas USF e Unidades Mistas, demonstrando que não houve diferença no processo de trabalho existente entre os modelos de atenção estudados.

A realização dessa dissertação vem no sentido de contribuir com os estudos epidemiológicos na perspectiva de preencher lacunas existentes na literatura, ao realizar a avaliação de uma região de saúde associado à fatores individuais e contextuais.

Cabe salientar que estudo é uma releitura do banco de dados de um projeto matricial, onde estes dados foram coletados no ano de 2015, antes da revogação da antiga Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual regulamenta a APS no Brasil. Atualmente ocorrem aceleradas mudanças no âmbito das políticas sociais e no SUS. Com a nova PNAB, houve a minimização de recursos para a saúde, priorizando a produção de indicadores sobre procedimentos medico-centrado, induzindo à práticas curativistas em detrimento a promoção de saúde.

Essa reforma da APS no Brasil suprimiu uma classe profissional fundamental para o estabelecimento de vínculo com a população, o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Estes são responsáveis por promover intercâmbio entre a comunidade e a equipe de saúde, estreitando o vínculo entre profissionais e usuários, concretizando o cuidado na comunidade, são uma força de trabalho essencial para se atingir os princípios da APS. No cenário de efetivação do SUS, o ACS tem papel importante na expansão e consolidação da atenção primária à saúde (APS) contribuem para o planejamento e implementação das ações de saúde tanto localmente, ao encaminhar informações do

território de abrangência para as ESF, quanto nacionalmente, alimentando dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (ALONSO, BÉGUIN, DUARTE, 2018; RODRIGUES, SANTOS, ASSIS, 2010). Entretanto na conjuntura atual de fortalecimento da ideologia neoliberal, tais modificações reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde em curso no País (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2017). A PNAB de 2017 evidencia uma relativização de cobertura populacional, em relação ao número de usuários vinculados por equipe de saúde, quanto do número de usuários acompanhados por agente de saúde. Sendo que a flexibilização em relação ao número de usuários adscritos, resgata uma APS seletiva, o que futuramente vai acarretar em impactos no acesso, na integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

O uso do PCATool permitiu captar a auto percepção e, de forma geral, a percepção do usuário é subjetiva e varia conforme o entendimento e as experiências de cuidado. Por tratar-se de um delineamento transversal, este estudo não possibilita afirmativas de causalidade, apenas associação. Ainda, o estudo foi realizado em uma região de saúde do estado do Rio Grande do Sul, sendo que a maior proporção da amostra estratificada pertencia ao município de maior porte populacional em comparação aos demais, o que pode ter influenciado nos resultados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação revisou na literatura estudos primários que utilizaram o Primary Care Assessment Tool (PCATool) versão criança, e identificou a prevalência do atributo longitudinalidade na experiência do familiar/ e ou cuidador de crianças associado aos fatores individuais e contextuais nos municípios que compõe a 4ªCRS/RS.

O estudo revelou que há a presença do atributo longitudinalidade no cuidado da criança na região estudada, e que apesar dos avanços na atenção primária em saúde, ainda persistem desafios

Todavia, entende-se que há necessidade da realização de diferentes tipos de estudos avançando para a avaliação de 4ª geração a fim de captar processos de trabalho, organização e gestão das equipes bem como as relações interpessoais entre usuários e profissionais.

Este estudo contribui para a formação em enfermagem, uma vez que esta categoria profissional vem ganhando cada vez mais espaço nos cargos de gestão em saúde. O desenvolvimento desta pesquisa na região da 4ª CRS em parceria com a UFSM agregou gestores, trabalhadores, usuários e instituição de ensino, a fim de analisar e qualificar as ações que estão sendo desenvolvidas permitindo subsidiar políticas públicas que potencializem a qualidade da APS.

A avaliação dos serviços de saúde só tem sentido se viabilizar a reflexão do processo de trabalho e das práticas clínicas. Assim sugere-se apresentar os dados desta pesquisa aos gestores e se houver interesse da gestão, pode-se discutir os resultados deste estudo com os profissionais através da Educação Permanente utilizando-se de grupos focais.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M.; 2004. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2004, vol.8, n.14, pp.73-92. ISSN 1807-5762. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>>. Acesso em 12 de Agosto de 2017.

ALONSO CMC, BÉGUIN PD, DUARTE FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**. [online]. 2018; vol.52, n.14.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool- Brasil. **Normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **DECRETO Nº 7.508**, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Brasília, DF. Disponível em Acesso.....

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012. p.59.

Brasil. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 23 out.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Brasília, DF. 2006b. Disponível em < <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf> > Acesso em 09 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, DF. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436-22-09-2017.html>. Acesso em 12 Dez.2018.

_____.Ministério da Saúde **Portaria 1130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413812320112011000700036&lng=pt&tlng=pt> Acesso em 29 Set.2017.acesso em 14 Out. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Diretoria de |Pesquisa – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. NOTA: Estimativa da população residente com data de referência 1º de julho de 2011.

BASTOS JLD, DUQUIA RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**. 2007. v. 17, n. 4, p. 229-232.

CARVALHO ALB, SOUZA MF, HELENA ES, SENRA IMVB, OLIVEIRA KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2012; 17(4):901-911.

CHAVES LDP, TANAKA OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. Esc. Enferm.** 2012; 46(5): 1274-1278.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Set 2006, vol.11, no.3, p.705-711.

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. **Ciências e Saude Coletiva**. 2011. Disponível em

ENLOW E.PASSARELLA M.; SCOTTA L. Continuity of Care in Infancy and Early Childhood Health Outcomes. **Pediatrics**. 2017 Jul; 140(1). Doi 10.1542/peds. 2017-0339. Epub 2017 Jun. Disponível em <<http://pediatrics.aappublications.org/content/140/1e20170339>> Acesso em 18 Set de 2017.

FURTADO MCC, MELLO DF, PARADA CMGL, PINTO IC, REIS MCG, SCOCHI CGS. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2010 out/dez;12(4):640-6. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7625>> Acesso em 09 Set de 2017.

GORDIS L. **Epidemiology**. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004.

HAGGERTY JL, REID RJ, FREEMAN GK, STARFIELD BH, ADAIR CE, MCKENDRY R. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ** [periódico na Internet] 2003; Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>> Acesso em 06 Out. 2017.

HARTZ Z.A.; **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

HARZHEIM E.; STARFIELD,B.; RAJMIL, L; ALVAREZ-DARDET C.; STEIN A.T.; Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Caderno de Saúde Pública** 2006 Aug;22(8):1649-59. Epub 2006 Jul 7. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013> Acesso em 13 de Outubro de 2017.

MENDES EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde Brasília: **CONASS**; 2015.

MOROSINI MVGC, FONSECA AFF, LIMA LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017 retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Debate** 2018 [online]; v. 42, nº. 116, 11-24.

PAULA CC, SILVA CB, NAZÁRIO EG, FERREIRA T, SCHIMITH MD, PADOIN SMM. Factors interfering with the attribute longitudinality in the primary health care: an integrative review. **Rev. Eletr. Enf.** [Online]. 2015 out./dez.;17(4). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>> Acesso em 10 Set de 2017.

PUENTE-PALÁCIOS KE; LARA JÁ. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. *Estudos de Psicologia*. 2009. Jul./set.; I 26(3) I 349-361

POLIT DF, Beck CT. **Using research in evidence-based nursing practice**. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.

RODRIGUES AO, SANTOS AM, ASSIS MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciências e Saúde Coletiva*. [Online]. 2010; vol.15, nº3.; 907-15.

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

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

VIERA DA SILVA, LM. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2014.

APÊNDICES A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão Criança/ Adulto/Profissionais

Título do estudo: PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8473

Locais da coleta de dados: Rede de Atenção Primária a Saúde dos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência ou danos. **Objetivo** deste estudo é: Avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, por meio da aplicação do instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool versões Criança, Adulto e Profissionais). **Riscos:** não estão vinculados riscos diretos, contudo você poderá sentir desconforto/cansaço em responder ao questionário. E os **benefícios** serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico da enfermagem, e no fortalecimento da qualidade da Atenção Primária.

Assim como as informações fornecidas, você terá sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos.

Ciente e de acordo com o que fora anteriormente exposto, eu (responsável, usuário ou profissional) _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria ____, de _____ de 20__

Assinatura do pesquisador responsável
Dra Teresinha Heck Weiller

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**Termo de Confidencialidade dos dados**

Título do projeto: PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8263

Locais da coleta de dados: Rede de Atenção Primária a Saúde dos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados que serão coletados por meio de entrevistas individuais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala 1315B do Deptº Enfermagem da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi, Santa Maria – RS. CEP: 97105-900, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Dra Teresinha Heck Weiller. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em __/__/__, com o número do CAAE _____

Santa Maria, ___ de _____ de 20__

APÊNDICE C – Questionário Sócio Econômico

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Instruções: PRIMEIRA PARTE COMUM A TODOS OS PARTICIPANTES.

1 - Número do Questionário

2 - Data da entrevista

3 - Entrevistador:

4 - Cidade da Coleta
 Verdes Campos
 Entre Rios

5 - Cidade

6 - Unidade
 UBS Tradicional
 UBS ESF
 Unidade Mista

7 - Data de Nascimento

8 - Sexo
 Masculino Feminino

9 - Situação Conjugal
 Solteiro
 Casado
 Viúvo
 Divorçado
 União estável

10 - Cor/Etnia
 Branco Amarelo
 Pardo Indígena
 Negro

11 - Formação
 Fundamental Incompleto
 Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Superior Incompleto
 Superior Completo
 Outro
 Não alfabetizado

12 - Possui plano de saúde privado?
 Sim Não

13 - Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à unidade?
 A pé/carona/bicicleta
 Transporte coletivo
 Transporte escolar
 Transporte próprio (carro/moto)

14 - Possui quantos filhos?
 um
 dois
 três
 mais de quatro
 nenhum

Instruções: PARTE ESPECÍFICA PARA VERSÃO PROFISSIONAL

15 - Formação
 Médico
 Enfermeiro
 Odontólogo
 Nutricionista
 Psicólogo
 Farmacêutico
 Terapeuta ocupacional
 Educador físico
 Assistente social

16 - Qual turno de trabalho
 Diurno Noturno
 Ambos

17 - Vínculo empregatício
 Celetista Estatutário
 Outro

18 - Quanto tempo trabalha nesse serviço?

19 - Você trabalha em outro serviço?
 Não Público
 Privado

20 - Você tem algum cargo nesse trabalho?
 Sim Não

21 - Ano de conclusão

22 - Formação complementar
 Sim Não

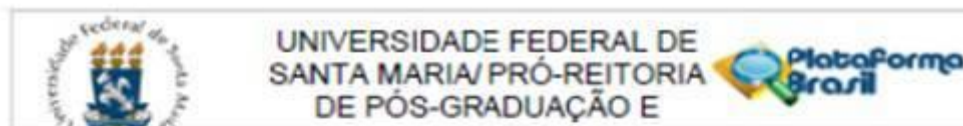
23 - Qual

24 - Você realiza qual (is) atendimento (os) nesta Unidade? Saúde da Mulher Saúde do Idoso Saúde Mental

**ANEXO A – Instrumento de avaliação da Atenção Primária PCATool Brasil
Versão Criança – atributo longitudinalidade**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança					
D - LONGITUDINALIDADE					
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “médico/enfermeiro” que melhor conhece sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador: Teresinha Heck weiler

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34137314.4.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 756.292

Data da Relatoria: 14/08/2014

Apresentação do Projeto:

A proposta deste estudo se insere no grupo Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Linha Gestão e Atenção em saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. É um projeto do tipo "guarda chuva" que tem por objetivo avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa que será realizado com cuidadores/ responsáveis de crianças, adultos >18 anos e profissionais/gestores da rede de atenção básica dos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS) com sede no município de Santa Maria.

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, destas 600 profissionais e 3600 usuários. O instrumento utilizado será Primary Care Assessment Tool, versão Criança, Adulto e Profissionais.

A avaliação da qualidade da atenção à saúde será considerada como a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2009). O referido instrumento mede a presença e a extensão de cada atributo da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio de média aritmética

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com