

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

Jordana Lopes Carvalho

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO
GRANDE DO SUL: PCATool BRASIL VERSÃO CRIANÇA**

Santa Maria, RS.

2019

JORDANA LOPES CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA 4ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL:
PCATool BRASIL VERSÃO CRIANÇA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

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

Santa Maria, RS

2019

Carvalho, Jordana Lopes

AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO
SUL: PCATool BRASIL VERSÃO CRIANÇA / Jordana Lopes
Carvalho.- 2019.

96 p.; 30 cm

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

1. Integralidade em saúde 2. Saúde da criança 3.
Atenção Primária à Saúde 4. Avaliação em saúde I. Weiller
, Teresinha Heck II. Título.

JORDANA LOPES CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA 4ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL:
PCATool BRASIL VERSÃO CRIANÇA**

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

Aprovada em 24 de maio de 2019.

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

Prof.º Dr.º Jessye Melgarejo do Amaral Giordane (UFSM)
(Coorientador)

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

Prof.ª Dr.ª Juliana Silveira Colomé (UFN)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Joelson e Jucelaine, por todo o apoio e incentivo. Dedico a vocês minhas vitórias e conquistas como símbolo do que somos juntos, força, fé, união e amor infinito.

Gratidão a Deus. Ele é o meu caminho e meu equilíbrio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, ao Divino Maravilhoso que sempre abençoou meus caminhos, transformando cada momento de minha vida na certeza de suas realizações.

Aos meus pais amados, que sempre apoiaram minha trajetória profissional e nunca mediram esforços para que essa se concretizasse, transmitindo paz, confiança e a tranquilidade com todo seu amor incondicional. Aos meus irmãos Jaisllon e Ryan, agradeço por todo apoio, compreensão, incentivo e ombro amigo, obrigada também por cuidar da nossa família na minha ausência.

Às minhas amadas amigas, as quais fizeram parte da minha caminhada me apoiando e tranquilizando, transmitindo amor, incentivo, companheirismo e confiança. Amigos verdadeiros são preciosidades na vida!

Às minhas colegas Bruna e Mônica, pela nossa trajetória, construção de conhecimentos e valores nesses dois anos de Mestrado.

À minha instituição de trabalho, Hospital Geral Unimed Santa Maria, por permitir aperfeiçoar meus conhecimentos, apoiando minha trajetória profissional. Aos meus colegas de trabalho, em especial a Liege Kurrle e Fernanda Stock, pela paciência nos momentos de ausência e pelo incentivo pelo meu crescimento profissional.

À minha orientadora, Prof. Dr^a Teresinha, a nossa amada Tere, que confiou e acreditou no meu potencial, incentivando o meu crescimento profissional. Por ter me apoiado em todos os momentos difíceis, compreendendo-os e me transmitindo tranquilidade e confiança. Muito Obrigada por esses dois anos de convívio e aprendizado.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr Jessye M. Giordani, e a Gabriela Menegazzo, pela atenção disponibilizada, tranquilidade e confiança com que me ajudaram a conduzir esse processo. À disponibilidade e contribuições realizadas pela minha banca examinadora, Prof^a Dr^a Laís Mara Caetano da Silva e Prof^a Dr^a Juliana Silveira Colomé.

Ao Programa de Pós-Graduação PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por oportunizar minha qualificação profissional. Ao grupo de pesquisa GEPESC/UFSM, pelos momentos e conhecimentos compartilhados. Ao CNPq, pelo financiamento do prorejo matricial que oportunizou a realização deste estudo. Agradeço a todos que, de alguma formam participaram da minha formação.

Entrega o teu caminho ao Senhor, confie Nele e Ele agirá.

Salmo 37:5

RESUMO

AValiação da Integralidade na Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: PCATool Brasil Versão Criança

AUTORA: Jordana Lopes Carvalho
ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

A Atenção Primária à Saúde pode ser definida como um conjunto de estratégias, valores e princípios em busca do fortalecimento das políticas públicas, na direção de qualificar as práticas em saúde. Esta estratégia possui seus elementos estruturantes denominados atributos essenciais e derivados, dentre eles o da integralidade. Neste sentido, a avaliação se torna essencial, pois permite reconhecer os desafios e as potencialidades dos serviços disponíveis, o que possibilita elaborar intervenções estratégicas para a melhoria do acesso à saúde. O objetivo deste estudo consistiu em avaliar a presença e extensão do atributo integralidade no cuidado de crianças atendidas na Atenção Primária à Saúde aos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura e um estudo epidemiológico observacional transversal multinível. A população foi composta por familiares e/ou cuidadores de crianças que buscam pelos serviços da Atenção Primária à saúde nos 32 municípios pertencentes à região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para a realização da coleta de dados, foi utilizado o instrumento de avaliação da atenção primária *Primary Care Assessment Tool* Brasil versão criança, acrescido de um questionário com informações socioeconômicas e demográficas. Os dados foram analisados pelo software Stata 11. Os resultados permitiram identificar importante produção científica brasileira sobre avaliação da integralidade em revistas nacionais de grande impacto, revelando a importância que a integralidade assume nos diferentes contextos brasileiros. Os dados da avaliação realizada nos municípios apontam para a existência do atributo da integralidade predominantemente em municípios de pequeno porte em que asseguram cobertura vacinal, apontando para existência de cenários potentes para assegurar a integralidade da atenção à saúde da criança. Portanto, os resultados deste estudo podem contribuir para novas reflexões acerca da Atenção Primária nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, de modo a ampliar a garantia da integralidade da atenção, corroborando com a consolidação das Redes de Atenção voltadas à saúde da criança.

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

ABSTRACT

EVALUATION OF INTEGRALITY IN THE PRIMARY HEALTH CARE OF THE 4TH REGIONAL HEALTH COORDINATOR OF RIO GRANDE DO SUL STATE: PCA TOOL BRASIL CHILD VERSION

AUTHOR: Jordana Lopes Carvalho
SUPERVISOR: Teresinha Heck Weiller

Primary Health Care can be defined as a set of strategies, values and principles to strengthen the public policies in order to qualify health practices. This strategy has its structuring elements called essential attributes and derivatives, among them, there is the one of integrality. In this sense, this evaluation becomes essential because it allows to recognize the challenges and the potential aspects of the available services, which makes it possible to elaborate strategic interventions to improve the access to health. The objective of this study was to evaluate the presence and the extension of the integrality attribute in the care of children attending Primary Health Care services in the municipalities of the 4th Regional Health Coordination of the state of Rio Grande do Sul. This is an Integrative Review of Literature and a cross-sectional, observational, multilevel and epidemiological study. The population was composed of family members and/or caregivers of children who seek Primary Health Care services in the 32 municipalities belonging to the region of the 4th Regional Health Coordination. For the collection of data, it was used an instrument of evaluation in primary care called: *Primary Care Assessment Tool Brazil*, child version, plus a questionnaire with socioeconomic and demographic information. The data were analyzed by the software *Stata 11*. The results allowed to identify an important Brazilian scientific production on the integrality evaluation in national magazines of great impact, revealing the importance that integrality assumes in the different Brazilian contexts. The data from the evaluation performed in the municipalities point to the existence of the attribute of integrality predominantly in small municipalities in which they ensure vaccination coverage, pointing to the existence of potent scenarios to ensure the integrality of the child's health care. Therefore, the results of this study can contribute to new reflections about Primary Care in the municipalities of the 4th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul state, in order to broaden the guarantee of integrality of care, corroborating with the consolidation of Care networks focused on health of the child.

Keywords: Integrality in Health. Child Health. Primary Health Care. Health Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Sistema de serviços de saúde: Integralidade	22
Figura 2 -	Resumo da Integralidade	23
Figura 3 -	Municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	27
ARTIGO 1		
Figura 1 -	Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que compõem a amostra de acordo com método PRISMA. Santa Maria, 2018	37
ARTIGO 2		
Figura 1:	Modelo teórico do atributo integralidade no cuidado à criança na atenção primária à saúde, segundo características individuais e contextuais. Rio Grande do Sul, 2019	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação dos municípios da 4ª CRS/RS, e amostragem da população infantil	28
ARTIGO 2		
Tabela 1.	Descrição da amostra, prevalência do atributo integralidade e Razões de Prevalência bruta, Brasil, 2015 (n=1.000)	51
Tabela 2.	Razões de Prevalência ajustadas para as variáveis do nível de equipe de saúde e variáveis individuais, Brasil, 2015 (n=1.000)	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apreciação e Aprovação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENPCS	Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação complementar Saudável no SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PubMed	National Library of Medicine/National Institutes of Health
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RS	Rio Grande do Sul
SCOPUS	SciVerseScopus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
3.2	A SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
3.3	A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	21
4	DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	25
4.1	REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	25
4.2	ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO	26
4.2.1	Cenário de Pesquisa	26
4.2.2	População	27
4.2.2.1	<i>Amostragem e Amostra</i>	27
4.2.2.2	<i>Crítérios de inclusão e exclusão</i>	28
4.3	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	29
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	30
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	31
5	RESULTADOS	32
	ARTIGO 1	32
	ARTIGO 2	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	78
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	79
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	80
	ANEXOS	81
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA	82
	ANEXO B - CARTA DE APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA	93

1 INTRODUÇÃO

A literatura científica evidencia que a Reforma Sanitária se caracteriza por um movimento de luta pela redemocratização do país que resultou na universalidade do direito à saúde, ou seja, é dever do Estado garanti-la. Em 1986, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde sugeriu a implementação de um novo modelo de atenção à saúde, o qual foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS), instituído e oficializado pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990).

O SUS está implantado como um processo social em permanente construção, de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, e possui seus princípios fundamentados em: Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade à assistência; Preservação da autonomia; Igualdade; Direito à informação; Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde; Utilização da epidemiologia; Participação da comunidade; Descentralização político-administrativa; Integração em nível executivo das ações de saúde; Conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios; Capacidade de resolução; Organização dos serviços públicos de saúde, tendo como princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade (BRASIL, 2011a).

Em consonância a isto, o SUS solidificou a proteção de direitos individuais, coletivos de saúde e assistência social, garantindo condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, fazendo parte de uma rede hierarquizada e regionalizada sob gestão pública. Visa a diminuição de riscos e agravos à saúde e prevê condições que assegurem acesso universal e igualitário (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde (MS), posteriormente ao lançamento das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) que regulamentam o SUS, optou por lançar programas que refletissem na primeira Política para Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, sendo eles nomeados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016; BRASIL, 1990).

Na tentativa de refletir em ações consideráveis de planejamento e organização da APS, foi constituída, em 2006 a PNAB, a qual foi reconfigurada em 2012, resultado da experiência acumulada de gestores das três esferas de governo, trabalhadores, usuários e movimentos sociais após a consolidação do SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a). Atualmente, ocorreu a

revisão das diretrizes para a organização da APS, no âmbito do SUS, dando origem a nova PNAB 2017 (BRASIL, 2017a).

Segundo Campos e Guerrero (2010), é tradição em outros países utilizar a terminologia APS em lugar de Atenção Básica (AB), como é denominada aqui no Brasil, havendo diversas denotações quanto ao sentido de ambos dos termos. A APS e AB são sinônimos, pois ambas procuram a organização da atenção nos sistemas de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Segundo a Lei portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos AB e APS como termos equivalentes nas suas atuais concepções (BRASIL, 2011b). No presente estudo, optou-se por utilizar o termo APS, tendo em vista que o instrumento que será utilizado adota este conceito.

A APS é regulamentada pela Lei 8080/90 e, desde a sua origem, adotou formas para melhor organizar os serviços de saúde. A interpretação da APS como nível primário de saúde enfatiza que esta deva funcionar como porta de entrada do sistema de forma resolutiva, caracterizando a expansão do PSF que deu origem aos modelos de atenção centrados na saúde da família e Estratégia da Saúde da Família (ESF). Segundo Mendes (2015), os nomes genéricos PSF ou ESF são considerados modelos de cuidados primários, havendo a necessidade de novos ciclos de atenção primária para consolidar a ESF.

Em busca de estratégias de fortalecimento das políticas públicas e em direção para qualificar as práticas em saúde, a APS pode ser definida como um conjunto indissociável de elementos estruturantes, de valores e princípios para determinar as orientações dos serviços de saúde denominados atributos essenciais e derivados, sendo os essenciais: (1) Acesso de Primeiro Contato; (2) Longitudinalidade; (3) Integralidade; (4) Coordenação da Atenção; e os derivados: (1) Orientação familiar (atenção centrada na família); (2) Orientação comunitária; (3) Competência Cultural (BRASIL, 2010a; STARFIELD, 2002). De

modo a compreender as diretrizes da APS, sobretudo as decisões tomadas pelos segmentos deliberativos de saúde, mensurar os atributos essenciais e derivados da APS se torna essencial no momento da avaliação dos serviços de saúde. Para isto, foi elaborado o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), o qual está validado nas versões adulto, profissionais e criança. Esse instrumento produz escores para atributos gerais e essenciais, além de cada atributo, o que permite mensurar o grau de avaliação e orientação dos sistemas e serviços de saúde relacionados à APS (STARFIELD, 2002, STARFIELD, 2004). Esse deve seguido dos pressupostos do controle de qualidade das avaliações dos serviços de saúde desenvolvido por Donabedian (1978), que traz “Estrutura, Processo e Resultados”.

Assim como ocorre com a avaliação dos outros atributos da APS, a avaliação da integralidade pode ser mensurada pelo funcionamento dos serviços prestados, devendo ser orientada pelo sistema de saúde e pelas necessidades da população. Nesse sentido, a integralidade não consiste em programas objetivos únicos, mas sim na prestação da assistência, reconhecimento do estado de saúde, recebimento da atenção e variedade de serviços (STARFIELD, 2002).

A gestão dos serviços de saúde objetiva otimizar as práticas dos serviços de saúde, envolvendo melhorias para o funcionamento das organizações, de forma a obter eficácia, eficiência e efetividade. A qualificação permanente na APS envolve a avaliação adequada do planejamento estratégico e nesse processo o gestor necessita conhecer normas e técnicas que permitam conduzir o funcionamento do serviço. Avaliar consiste na tomada de decisão e intervenções nas práticas em saúde que aperfeiçoem o processo de decisão na saúde, de acordo com os diversos fatores condicionantes de saúde e doença (TANAKA; TAMAKI 2012).

Neste contexto, torna-se importante conhecer os fatores que interferem na presença do atributo da integralidade frente ao cuidado à criança, segundo a perspectiva do responsável e cuidador que acompanha seu processo saúde/doença e presencia o dia a dia dos serviços de saúde, a fim de desvelar essa questão e contribuir para a melhoria da qualidade da atenção integral à saúde infantil. O MS busca uma atenção integral à saúde da criança; para isto, existem ações e programas que procuram oferecer toda a proteção e um cuidado humanizado para uma melhor qualidade na saúde infantil (BRASIL, 2012 b).

A integralidade destacou-se entre os atributos essenciais e derivados por desempenhar um dos papéis principais do sistema de saúde, atuando como agente fundamental na prestação dos serviços prestados e disponíveis, nesse caso relacionados à saúde da criança. Esta possibilita alcançar um nível de desempenho e reconhecimento das necessidades da população, permitindo a realização de ações e intervenções preventivas para promoção da saúde, as quais influenciam na escolha entre as abordagens de atenção primária e saúde pública (STARFIELD, 2002).

A complexidade que envolve as questões de saúde, os desafios relacionados às dimensões econômicas, tecnológicas e gerenciais dos serviços de saúde, nos dias atuais, vem afetando a saúde da criança, levando à morbimortalidade precoce, na fase de pleno desenvolvimento e crescimento (BRASIL, 2018). Esses desafios contemporâneos convidam a aprofundar conhecimentos sobre o tema, pois a APS constitui-se como fio condutor para a organização das ações a partir do seu papel de coordenadora do cuidado nas Redes de

Atenção à Saúde (RAS) e das políticas de atenção à saúde, de forma a coordenar o cuidado com estratégias voltadas à saúde da criança (BRASIL, 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) configura-se no documento legal que oportuniza a efetivação de medidas a prover todos os serviços necessários às demandas específicas de saúde, sejam elas do contexto da APS ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, que sejam capazes de promover e oferecer a atenção integral à saúde infantil (BRASIL, 2018). A integralidade da atenção no desenvolvimento à saúde da criança prevê que ações de atenção voltadas a esse atributo devem contemplar vínculos estabelecidos entre serviço, profissionais, familiares e/ou cuidadores (BRASIL, 2018). O alcance da integralidade está no reconhecimento das necessidades, no fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde e comunidade, considerando a família como eixo do cuidado integral (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, este estudo foi desenvolvido por meio de duas abordagens metodológicas de forma complementar: uma revisão integrativa que analisou estudos primários que utilizaram o instrumento PCATool Brasil versão criança e pela realização de um estudo epidemiológico com o intuito de fortalecer as práticas em saúde, principalmente relacionadas à saúde da criança, para subsidiar e promover a melhoria da qualidade dos serviços de saúde da 4ª CRS/RS.

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.

Destaca-se que os processos avaliativos ainda não estão incorporados no cotidiano das práticas de gestão, havendo necessidade, portanto, de qualificação das ações de saúde implementadas por gestores e trabalhadores da APS, visando assegurar o acesso à atenção à saúde da criança. Diante deste contexto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: como ocorre a integralidade da atenção à saúde da criança atendida na APS de municípios da 4ª CRS/RS?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a presença e a extensão do atributo da integralidade na atenção à saúde da criança atendida na Atenção Primária à Saúde dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as produções científicas sobre o atributo integralidade, no cuidado à criança nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com a utilização do instrumento de avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool*).
- Investigar a prevalência do atributo integralidade e seus fatores individuais e contextuais associados à saúde da criança nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura será descrita em três tópicos intitulados “Avaliação dos Serviços em Saúde”, “A Saúde da Criança na Atenção Primária” e “A Integralidade na Atenção Primária”.

3.1 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Portaria nº 4.279 de 2010 estabelece diretrizes para Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a qual é definida como arranjos organizativos de diferentes densidades que buscam garantir a integralidade do cuidado por meio de ações e serviços de saúde, tendo como objetivo promover a integração sistêmica, com provisão de atenção contínua dos serviços de saúde, integral, de qualidade, humanizada e responsável (BRASIL, 2010b).

As RAS devem possuir a APS como a principal porta de entrada e centro de comunicação entre seus componentes, constituindo-se como contato preferencial dos usuários. No entanto, torna-se, além disso, essencial que ela seja orientada pelos princípios da integralidade da atenção, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2012a; BRASIL, 1990).

A avaliação é considerada um instrumento político que busca emitir juízo de valor no processo avaliativo, possibilitando uma tomada de decisão capaz de modificar e transformar a porta de entrada da RAS. Avaliar em saúde oportuniza a tomada de decisão e consiste, fundamentalmente, em fazer julgamento de valores e intervenções nas práticas em saúde (TANAKA, 2011; CONTANDRIOPOULOS et al., 2002).

Segundo o MS, há preocupação com a avaliação dos serviços de saúde especialmente voltados à APS, sendo necessário avaliar seus programas de saúde, visto que a avaliação é considerada um instrumento de gestão que oportuniza o conhecimento de um novo problema e resolução de outros, subsidiando a reorientação de ações e serviços desenvolvidos (FURTADO et al., 2013; BRASIL, 2005).

A APS, como um sistema multidimensional, busca pela melhoria da qualidade da atenção prestada aos seus usuários, garantindo que sejam delineadas e voltadas às reais necessidades (MENDES, 2015). Desde 2006, a PNAB vem estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS, reconfigurada em 2012, promovendo exercícios de práticas de cuidado e gestão (BRASIL, 2012a).

Sendo a PNAB recorte da APS, constitui-se como um importante dispositivo de orientação das ações do SUS para atender as necessidades dos usuários com agilidade e qualidade, de modo a oferecer um cuidado humanizado e acolhedor. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para consolidação, qualificação da AB. A AB se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no contexto individual, familiar e coletivo, envolvendo ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde, de modo organizar o fluxo de pessoas por meio das linhas de cuidado, garantindo a efetividade das RAS, com uma gestão qualificada que garanta a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A nova PNAB (BRASIL, 2017) recomenda que as UBS tenham seu horário de funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, 12 meses do ano, cinco dias por semana, promovendo e facilitando o acesso às ações de saúde. A população adscrita das equipes de ABS e ESF é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo diretrizes e os princípios da Atenção Básica. Nas Unidades de Saúde, os profissionais podem compor até quatro equipes (Atenção Básica ou Saúde da Família). Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, haverá uma equipe de UBS ou ESF responsável por toda a população.

Para que AB atinja seu potencial resolutivo, necessita que a equipe esteja articulada, de forma compatível com as necessidades e demandas da população adscrita, por meio da abordagem familiar. Buscam-se, portanto, programas e ações que possibilitem o alcance das diversas realidades dos territórios e da população, para que, desta forma, se avance na integralidade nos serviços prestados e disponíveis, de modo a promover a melhoria da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, também em 2011, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da APS, com o objetivo de ampliar o acesso e oferecer melhoria na qualidade do cuidado, por meio do monitoramento e da avaliação da APS (BRASIL, 2017b). Merece destaque que a proposta de uma Política de Monitoramento e Avaliação para a APS representa a etapa inicial das bases políticas em busca da institucionalização da avaliação da APS no País (BRASIL, 2012a, BRASIL, 2005).

Segundo Starfield (2002), a reflexão sobre a implantação da APS remete-se a obter a avaliação desses serviços para promover a garantia da adesão e a continuidade do cuidado, os quais necessitam ser considerados relevantes para serem abordados de maneira que forneçam atenção integral no contexto das características dos sistemas de serviço de saúde.

Corroborando, o método de avaliação da atenção primária necessita avaliar o alcance dos resultados obtidos, especialmente mensurar os atributos essenciais e derivados da APS, os quais são considerados como dispositivos da qualificação da atenção em saúde. Para isto, o instrumento PCATool mensura quantitativamente e avalia a qualidade dos serviços de saúde, os atributos da atenção primária, a fim de efetivar e executar ações da APS, tanto no planejamento como mensurar aspectos de estrutura e processo dos serviços (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010a).

Desta forma, a avaliação em saúde permite reconhecer as fragilidades e as potencialidades dos serviços disponíveis, o que pode possibilitar a elaboração de intervenções estratégicas para a melhoria do acesso a saúde, tratando os usuários de forma singular, fortalecendo as práticas em saúde, tanto para gestores como para profissionais e usuários, oferecendo atenção integral baseada nos princípios da APS.

3.2 A SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Os documentos oficiais do MS apoiam as políticas relacionadas à saúde da criança, visando atender suas necessidades. A portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, institui a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, sintetizando de maneira clara e objetiva ações integradas voltadas à saúde da criança. Conforme o Art. 2º desta portaria, a PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança, de maneira a ofertar cuidados, atenção integral, aleitamento materno, atenção especial à primeira infância e em situações de vulnerabilidade, todas visando a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Conforme prevê a PNAISC, é considerada como criança aquelas que estão na faixa etária de zero a nove anos de vida, e primeira infância de zero a cinco anos de vida, sendo que o atendimento pelo serviço pediátrico do SUS contemplará crianças e adolescentes até a faixa etária de 15 anos (BRASIL, 2015).

Em busca do fortalecimento da APS, a implantação pelo MS do PACS em 1991 e o PSF em 1994, atualmente denominado ESF, com seu modelo centrado na saúde da família, permitiu a aproximação do usuário com os serviços de saúde e com os profissionais, pois o

acompanhamento da criança na APS ocorre desde o momento do pré-natal e, posteriormente, com a puericultura, com vistas à redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2012b).

Inúmeros programas e ações foram criados e implementados em busca de uma assistência integral à saúde da criança. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual objetivava reorganizar e reorientar a assistência, vinculando o pré-natal ao parto e ao puerpério. Em junho de 2011, foi lançada pelo MS a Rede Cegonha (RC), que se caracteriza por contemplar um conjunto de iniciativas que envolvem transformações nas práticas relacionadas aos modelos de cuidado na gravidez, parto/nascimento e atenção integral à saúde da criança, visando reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012b).

Para Guerra et al. (2016), a proposta da Rede Cegonha, por ser inclusiva e universal, é mais indicada para consolidar a rede de proteção pública, pois é voltada para a assistência materno-infantil. Sua efetivação possibilitou avanços na gestão do cuidado, tendo como referência a política de humanização, a qual tem com eixo estruturante o acolhimento, a elaboração de projetos terapêuticos e o trabalho em equipes multiprofissionais. Da mesma forma, a RC tem possibilitado aos gestores de saúde pública contornarem problemas relacionados a leitos hospitalares, assistência médica e hospitalar que ainda são insuficientes para a realidade da saúde brasileira. Da mesma forma, busca impactar na redução da mortalidade materno-infantil, bem como enfrentar as altas taxas de cesárias ainda presentes no contexto nacional.

A criança necessita ser avaliada em sua singularidade e seu cuidador/responsável deve ser visto como fornecedor de informações precisas para que a criança receba um cuidado baseado na integralidade, resolutivo que garanta a continuidade da atenção em toda a rede. A partir da consolidação da ESF, foi perceptível a redução da mortalidade infantil; porém, muitas vezes o atendimento médico e de enfermagem à saúde da criança está pautado no modelo biomédico, dificultando por vezes o atendimento integral à criança no contexto da APS (DAMASCENO et al., 2016).

Damasceno et al. (2016) enfatizam em seu estudo que a atenção à saúde da criança em sua integralidade ainda se encontra em um processo de construção, que é realizado de maneira eficaz na ESF, mas ainda necessita de mudanças significativas nos modelos do serviço, estrutura e perfil dos profissionais para conquistar a integralidade e sua efetividade. Para tal, a integralidade age como condutora do cuidado integral.

A saúde infantil necessita transformações em suas práticas, de maneira que os serviços e os profissionais promovam ações integrais que envolvam as crianças e suas famílias, de modo a reorganizar ações de planejamento e intervenções de saúde.

3.3 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Lei 8080/90 que consolida o SUS e dispõe seus princípios, diretrizes e objetivos, caracteriza um conjunto de ações e serviços de saúde que promovem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, realizando ações assistenciais integradas e atividades preventivas. Tem como um dos seus princípios a integralidade, entendida e articulada como um conjunto contínuo de serviços preventivos e curativos, sendo eles individuais ou coletivos, os quais são exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 1990).

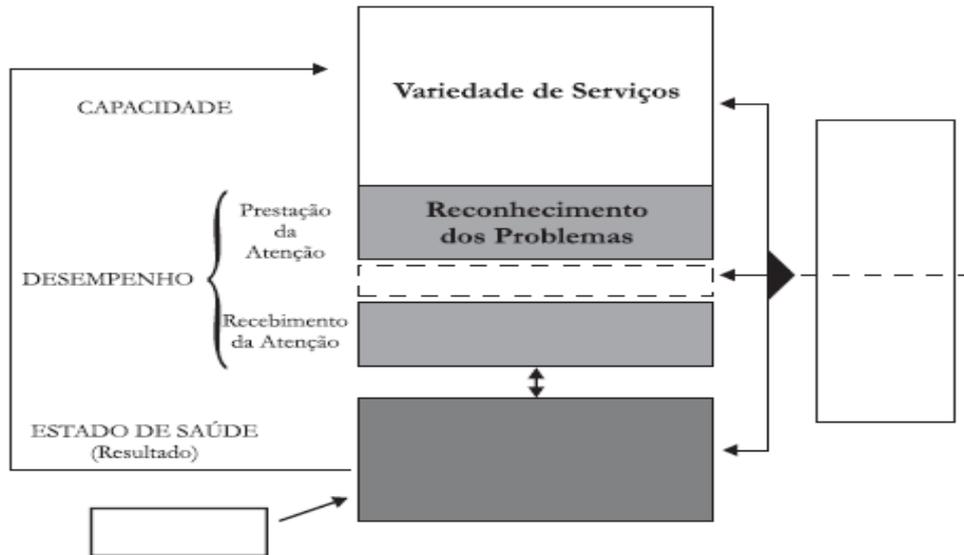
A integralidade não se caracteriza somente como um princípio do SUS, mas também como um componente e atributo da APS, visto que todos os níveis de atenção à saúde devem oferecer atenção integral. A integralidade ainda considera a complexidade do cuidado em seus aspectos físicos, biológicos, culturais e/ou sociais. A integralidade na APS é definida como um atributo, sendo descrita pela disponibilidade e prestação de serviços, também caracterizada pela variedade dos serviços prestados e pelas necessidades da população (STARFIELD, 2002).

Esta premissa possibilita que as pessoas tenham acesso a todos os serviços de saúde, ou seja, a um rol de serviços disponíveis e prestados pela APS, que possibilitam o tratamento de doenças e a resolução de problemas, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. O integral dentro da APS se caracteriza por ações que estão relacionadas à promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas no processo saúde-doença (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015; BRASIL, 2010; STARFIELD 2002).

Os componentes da integralidade nos sistemas de saúde avaliam como estes estão sendo oferecidos. A avaliação deste atributo requer determinar as necessidades de saúde, a frequência das necessidades de saúde, a variedade dos serviços prestados e o reconhecimento dos problemas. Desta forma, esta pode ser avaliada a partir da sua orientação para o nível do sistema/populacional, cujos componentes da integralidade nos sistemas de saúde analisam como estes estão sendo oferecidos os serviços. No nível institucional, Starfield (2000) destaca que a oferta de serviços que serão disponibilizados na APS é resultante das relações que as

distintas profissões que atuam nesse nível de atenção estabelecem em consonância com as diretrizes profissionais, conforme retratado na Figura 1.

Figura 1- Sistema de serviços de saúde: Integralidade



Fonte: Starfield (2002).

O instrumento de avaliação da Atenção Primária PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) encontra-se disponível em outras versões autoaplicáveis destinadas a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, aos coordenadores e/ou gerentes do serviço de saúde. O instrumento de avaliação PCATool Brasil versão criança, atributo integralidade, temática deste estudo, encontra-se subdividido em 2 componentes, sendo eles: Integralidade (G) - Serviços disponíveis com 9 itens e Integralidade (H) - Serviços prestados com cinco itens, totalizando 14 itens (ANEXO A). Esse estrutura-se com base no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), que avalia as dimensões de estrutura, processo e resultados, (BRASIL, 2010a).

Este instrumento é aplicado por entrevistadores treinados e capacitados, em ambientes domiciliares ou em serviços de saúde, nos quais o sujeito preenche as lacunas e promove ações que possam ser executadas para a melhoria do processo de atenção da APS, visto que procura identificar aspectos de processo dos serviços e estrutura que exigem reformulação ou reafirmação em busca de executar ações que visem à melhoria da qualidade (BRASIL, 2010a).

Em busca da avaliação da integralidade na APS, torna-se necessária a aplicação adequada da variedade dos serviços disponíveis. Assim que determinadas corretamente as necessidades de saúde, deverão ser realizados os acompanhamentos, diagnósticos, terapias e/ou encaminhamentos. Segundo Pinheiro e Mattos (2004), a integralidade pode ser definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde nos níveis de complexidade do sistema, sendo constituída pelas vivências cotidianas dos profissionais, gerando experiências e transformações eficazes do cuidado em saúde.

Segundo Mendes (2015), só haverá integralidade quando seus atributos forem operacionalizados em sua totalidade, pois a integralidade significa um conjunto de ações e serviços voltados às necessidades em comum da população adstrita nos campos de promoção, prevenção de doenças e cura. As ofertas de serviços em outros pontos de atenção à saúde, como encaminhamentos para outros setores e/ou lugares, deveriam depender das necessidades da população ou da frequência dos problemas; mas, para isto, é necessário que os profissionais estejam sensibilizados em reconhecer tais necessidades, bem como estabelecer vínculo com a população a ser atendida. Starfield (2002) propõe um resumo sobre integralidade, conforme demonstra a Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Resumo da Integralidade

Resumo da integralidade

	Capacidade	Desempenho
Descrição: disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população, exceto as incomuns		
Envolve	Especificação da variedade de serviços disponíveis	Variedade de serviços prestados considerando as necessidades da população
Relacionado ao problema	Sim, baseada na frequência e na distribuição das necessidades	Sim, com base no reconhecimento da frequência e na distribuição das necessidades
Relação pessoal necessária	Não, mas a relação pessoal provavelmente facilita o reconhecimento das necessidades	
Dependente do tempo	Sim, o reconhecimento das necessidades deve ser oportuno, dado aos padrões atuais de atenção	
Medidas específicas	Especificação do pacote de benefícios Amplitude da cobertura da unidade	Pesquisa população/paciente Variedade de diagnósticos realizados* Variedade de serviços cobertos* Porcentagem de pacientes encaminhados*

* Considerando as necessidades da população

Fonte: Starfield (2002).

Assim, a oferta de serviços de saúde necessita estar bem alinhada para que o usuário tenha acesso à rede de atenção e conhecimento sobre a variedade dos serviços prestados. A

integralidade das ações implica que as demandas sejam atendidas de modo humanizado e resolutivo e princípios como vínculo, continuidade, promoção à saúde e planejamento local estejam presentes nos movimentos sociais que abrangem a saúde, sendo necessário que o profissional esteja capacitado e inserido dentro do serviço para prestar atenção integral com foco na qualidade da promoção da saúde (SILVA, 2015).

Dessa forma, o atributo da integralidade sinaliza para a ampliação do acesso aos diversos níveis de atenção, com distintas complexidades e competências, visando a integração e articulação destes com as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantidos a partir da APS.

4 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Nesta dissertação, utilizou-se de duas abordagens metodológicas para alcançar os objetivos propostos: (I) Revisão Integrativa de Literatura; (II) Estudo Epidemiológico.

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

A revisão integrativa da literatura é uma estratégia de investigação científica que proporciona a síntese do conhecimento, além de possibilitar a realização de novos estudos baseados na Prática Baseada em Evidências (POLIT; BECK 2019).

A definição da questão norteadora do estudo se deu através da formulação da estratégia PICOS (Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Studies), a qual resultou na seguinte questão: o que se tem produzido acerca do atributo integralidade na Atenção Primária à Saúde, a partir da utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool* - PCATool Versão criança?

A revisão se estrutura a partir de seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa, conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008): (1) elaboração da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) amostragem ou busca na literatura; (3) categorização dos estudos/ definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

O período de coleta dos dados da pesquisa integrativa foi de junho a agosto de 2018, realizada pelo acesso ao Portal de Periódicos da Capes via CAFE na biblioteca da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM. Os estudos foram obtidos a partir de acessos de domínio público: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine/National Institutes of Health* (PubMed), *SciVerseScopus* (SCOPUS) e Web Of Science. As palavras utilizadas na busca foram “PCATool” e “Primary Care Assesment Tool” com a utilização do operador booleano “OR”.

Nessa revisão, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: as seguintes categorias de artigos (original, com desenho experimental, quase-experimental, de coorte e/ou quantitativos, transversais, descritivos e/ou avaliativos) que tivessem o atributo integralidade mensurado e que respondessem a questão norteadora, artigos disponíveis com resumos e textos completos entre 2001 e 2017 e aqueles que foram publicados nos idiomas português,

espanhol ou inglês. Foram excluídas todas as publicações que não se enquadraram nos critérios estabelecidos acima.

4.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Trata-se de um estudo de avaliação epidemiológica observacional transversal multinível (municípios e indivíduos). A pesquisa de avaliação, para Hertz (1997, p37.) configura-se em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de “analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim com o as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. A pesquisa transversal pode ser considerada uma modalidade de investigação “causas e efeitos”, detectadas simultaneamente, permitindo assim, a identificação dos grupos expostos (PEREIRA, 2013). Para Pereira (2013), o estudo observacional propõe a investigação de situações que ocorrem sem intervenção, ou seja, de maneira natural. A pesquisa quantitativa segundo Polit e Beck (2019) pode gerar estratégias sistemáticas que podem ser realizadas de forma empírica, objetiva e rigorosa.

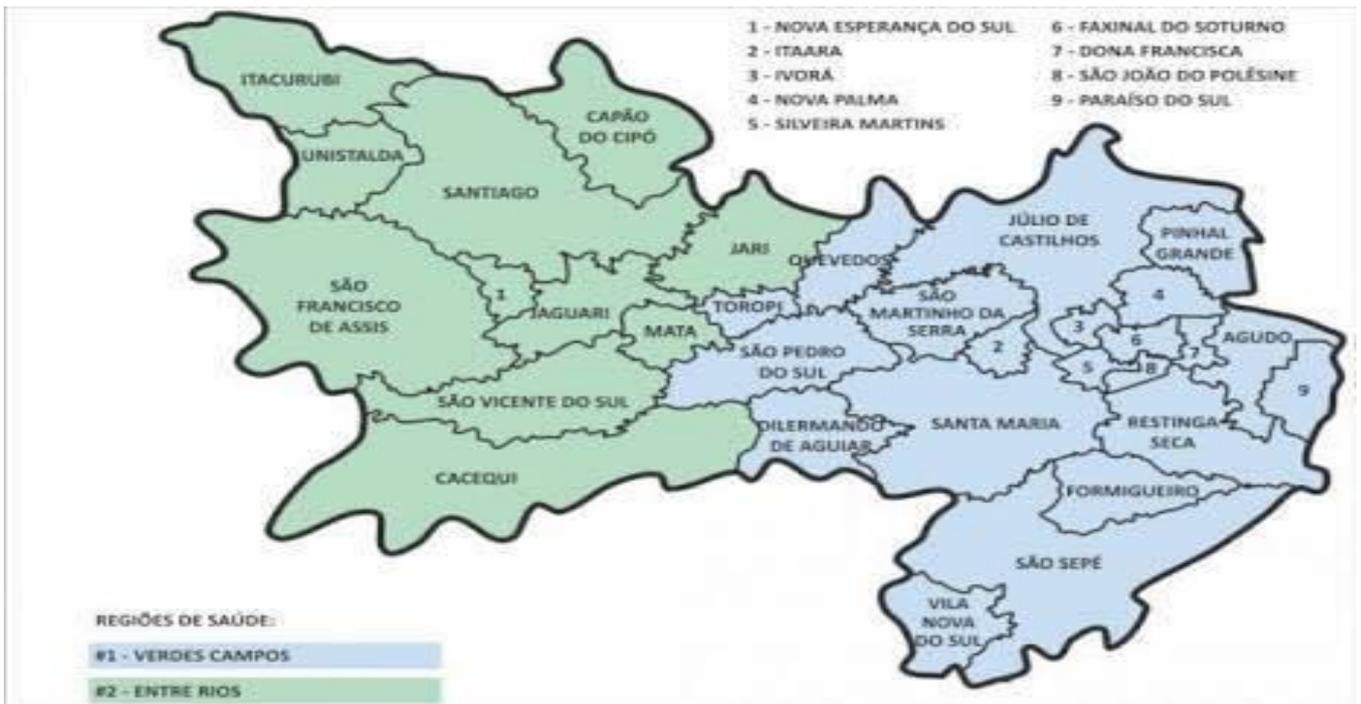
4.2.1 Cenário de Pesquisa

O cenário de pesquisa se caracteriza pela Região Entre Rios e Verdes Campos pertencentes a 4º CRS/RS com abrangência de 32 municípios. Destes, 11 fazem parte da Região de Saúde Entre Rios, contando em uma população de 127.574 habitantes e 21 compõem a Região de Saúde Verdes Campos, a qual atinge uma população de 435.021 habitantes (BRASIL, 2016). A 286 km da capital Porto Alegre, encontra-se a sede da 4ª CRS, em Santa Maria/RS (BRASIL, IBGE, 2010).

A Região Entre Rios é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes, sendo integrantes os seguintes municípios: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi, totalizando 47 unidades de APS (20 UBS/T e 27 UBS/ESF) (BRASIL, IBGE, 2012). A Região Verdes Campos é composta por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes sendo os seguintes municípios integrantes: 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 Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul, totalizando 101 unidades de APS (40 UBS/T e 61 UBS/ESF). (Figura 3).

Figura 3 – Municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: Brasil (2012).

4.2.2 População

A população da pesquisa foi constituída por cuidadores/responsáveis de crianças menores de 18 anos que frequentam a APS nos municípios que integram a 4ª CRS/RS.

4.2.2.1 Amostragem e Amostra

Neste estudo, para definir o tamanho mínimo da amostra, foi utilizado o cálculo amostral, visando à obtenção de uma amostra representativa por município. A amostragem por conveniência caracteriza-se por seu baixo custo, praticidade e rapidez. O pesquisador pode escolher sobre a seleção da população a participar da pesquisa, considerados estes conhecedores das questões estudadas (POLIT; BECK, 2019).

Tabela 1 - Relação dos municípios da 4ª CRS/RS, e amostragem da população infantil

MUNICÍPIO	População Geral	População Criança	Amostra Criança
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: Weiller et al (2014). Projeto Matricial.

4.2.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, o usuário deveria ser cuidador ou responsável legal por criança que realizasse o acompanhamento nas unidades de saúde de referência e possuir idade ≥ 18 anos na data da aplicação do instrumento de pesquisa. O questionário não poderá ser

aplicado em familiar/cuidador que apresente dificuldades físicas e cognitivas de saúde para responder ao instrumento.

4.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado denomina-se Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) (Anexo A). Este instrumento mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, versão criança, adulto e profissionais (STARFIELD, 2002). O instrumento permite conhecer, avaliar e monitorar a qualidade da APS nos diversos níveis de gestão do Brasil, possibilitando identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

O instrumento segue o modelo de avaliação de qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian, o qual considera a tríade: estrutura, processo e resultado (STARFIELD 2002; BRASIL, 2010a). Este possibilita conhecer e avaliar o perfil do acesso, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, comunitária e competência cultural, contribuindo assim para a melhoria da atenção com estratégias que corroborem com os atributos essenciais e derivados, consequentemente promovem as práticas educativas.

O presente estudo avaliou a presença do atributo integralidade nos serviços de APS pertencentes a 4ª CRS, PCATool-Brasil Versão Criança.

Segundo o “Manual de instrumento de avaliação da APS” (2010), o PCATool- Brasil Versão Criança é composto por 55 itens divididos em 10 componentes, descritos abaixo em cada competência (ANEXO A).

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A), constituído 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 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14).
5. Coordenação - Integração de Cuidados (E), constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6).

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), constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5).
9. Orientação Familiar (I), constituído por 3 itens (I1, I2 e I3).
10. Orientação Comunitária (J), constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

Este processo se baseia no conjunto de interações entre os usuários e profissionais, neste caso o PCATool Versão Criança, e possibilita conhecer a interação entre cuidadores/responsáveis (pais, avós, tios ou cuidadores legais de crianças menores de 18 anos). É importante salientar a necessidade de identificar se o entrevistado é realmente quem passa a maior parte do tempo com a criança, ou seja, conhece a criança e o seu processo saúde/doença, facilitando assim o conhecimento da efetividade dos atributos mencionados acima.

Este instrumento é considerado um modelo de avaliação baseado nos resultados, processos e desenvolvimento dos serviços de saúde. Como se trata de um projeto matricial, os dados foram coletados no período de janeiro a junho de 2015.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O projeto Matricial “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)”, prevê que a análise dos dados será realizada da seguinte forma:

O instrumento de coleta PCATool Versão Brasil-Criança constrói escores de APS com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, sendo as respostas compiladas em escala do tipo Likert (4=com certeza, sim; 3= provavelmente, sim; 2= provavelmente, não; 1= com certeza, não; e 9 = não sei/não lembro) (BRASIL, 2010a). Esta escala apresenta algumas variáveis qualitativas ordinais, as quais foram convertidas em variáveis quantitativas contínuas para a análise dos dados. Os escores foram calculados pela média aritmética simples, relacionando os valores das respostas conforme cada item.

Os dados foram coletados no do *software Epi Info 7.0* e analisados no *software Statistical Analysis System– SAS®*, versão 9.0 for *Windows 8*. Desta forma, foram calculados os escores, escore mínimo, escore máximo, escore médio do atributo, desvio-padrão e

coeficiente de variação (BRASIL, 2010a). Para verificar a relação entre os escores, foi utilizado o coeficiente de Correlação de *Pearson*.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, foram observados os preceitos éticos e legais, que regem a pesquisa com seres humanos conforme o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

O projeto matricial foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFSM, obtendo a aprovação sob o número CAEE 34137314.4.0000.5346 (Anexo B). Em consonância a isto, o projeto foi encaminhado a 4ª CRS para obter o parecer e autorização para a realização da pesquisa nos 32 municípios, sendo encaminhado juntamente o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B). A pesquisa ocorreu mediante assinatura dos participantes em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). As devolutivas para os municípios serão em forma de apresentações dos resultados na reunião da Comissão Intergestores Regionais (CIR). A pesquisa obteve financiamento pela chamada Universal–MCTI/CNPq Nº 14/2014.

5 RESULTADOS

ARTIGO 1

PUBLICADO EM INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH.

Disponível em: https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/15612_0.pdf

Referência: CARVALHO, Jordana Lopes, DAMACENO Adalvane Nobres, GOMES Bruna Cristiane Furtado, STRECK Mônica Tábata Heringer, SILVA Fernanda Stock da and WEILLER Teresinha Heck. “**Evaluation of child health care in primary health care: integrative review**”, International Journal of Development Research, Vol. 09, Issue, 03, pp.26685-26691, March, 2019.

Qualis: B2 Internacional.

Jordana Lopes Carvalho
Teresinha Heck Weiller

Avaliação do cuidado à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde: Revisão

Integrativa

Descritores: Integralidade em saúde, Saúde da Criança, Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.

Resumo

Objetivo: Identificar as produções científicas acerca do atributo integralidade, no cuidado à criança, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com a utilização do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Primary Care Assessment Tool. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *National Library of Medicine/National Institutes of Health*, *SciVerse Scopus* e *Web Of Science*. O período de coleta dos dados foi de junho a agosto de 2018, totalizando dezesseis produções. Para avaliação crítica dos estudos primários utilizou-se a classificação do nível de evidência. Os resultados evidenciaram fragilidades relacionadas à avaliação da integralidade na Atenção Primária à saúde ser ineficiente diante da aplicação adequada da variedade dos serviços disponíveis e prestados. Já como potencialidades, destaca-se a importância de uma avaliação adequada, das reais necessidades da população de modo a ofertar um cuidado integral e humanizado que é fator determinante na oferta e suporte a atenção necessária no contexto da saúde da criança. Conclui-se que há necessidade do aprimoramento nas práticas assistências relacionada ao atributo integralidade, na saúde da criança, Sugere-se, maior atenção dos serviços de saúde no fortalecimento do vínculo e diálogo entre os profissionais e os usuários para estimular à promoção, proteção e recuperação a saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde (APS) configura-se como a porta de entrada dos serviços de saúde sendo considerada não apenas, importante para os indicadores situacionais, mas para o acesso às ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde.¹ O Sistema Único de Saúde (SUS) preza por uma atenção integral, e para sua efetivação, nos distintos níveis requer a garantia do acesso dos usuários por meio da integralidade na assistência.²

Segundo o Conselho Nacional de Secretárias de Saúde (CONASS) as diretrizes do SUS são consolidadas pela contribuição dos serviços de APS³. No Brasil, ações e serviços de saúde são regulamentadas pela Lei 8080/1990, que dispõe sobre a saúde, trazendo-a como um direito fundamental do ser humano e o papel do Estado em prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício. As necessidades da comunidade que irão definir a variedade dos serviços que deveriam ser ofertados nos serviços, a integralidade é medida pela penetração destes serviços na comunidade.⁴

Nesse sentido, a integralidade e a equidade vão além do acesso a determinados serviços, ambas direcionam ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos que configuram um sistema de saúde, redes regionalizadas e integradas de atenção promovem uma melhor utilização de recursos que impulsionam uma melhor efetivação da integralidade.^{5,6}

No contexto da saúde da criança, o atributo integralidade requer reflexões, reconhece-se que cerca de 60% de mortes precoces poderiam ser evitadas por um conjunto de ações voltadas às necessidades das pessoas, caracterizadas pela integralidade.⁷ Em 2015, foi instituída a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, a qual tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança, ofertando cuidados e atenção integral, visando à redução da morbimortalidade infantil⁸.

O conceito de integralidade segundo a autora⁹ se caracteriza por ações que os serviços de saúde que devem oferecer aos seus usuários para promover um cuidado integral tanto do ponto de vista cultural, psicossocial, como do processo saúde-doença, promoção, prevenção, cura e reabilitação, para isto possuem um leque de serviços caracterizados como serviços disponíveis e prestados pela atenção primária, incluindo encaminhamentos para serviços secundários que ofereçam consultas, serviços terciários para manejos definitivos que necessitem de suportes específicos.

Corroborando com a autora⁹, a integralidade é um atributo essencial da APS que exige reconheça as reais necessidades da população, em sua totalidade, disponibilizando recursos adequados para abordá-las, para isto a interação profissional paciente são fundamentais nesse processo, pois permitem intervenções específicas, conjuntas e individuais.

O enfoque na saúde integral implica em abdicar do reducionismo do cuidar, em prol da possibilidade de aprimorar o diálogo e vínculo do profissional e usuário. A resolução dos problemas de saúde das crianças deve ser iniciada na APS, pautando-se na integralidade para nortear as ações de cuidado a elas.⁷

Soma-se ao exposto acima o processo avaliativo, que é fundamental para tomada de decisão e gerenciamento do processo saúde-doença nas populações de territórios da atenção primária. Dessa forma, as evidências que abordem a avaliação dos atributos da APS, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação da atenção e integralidade revelam-se importantes.¹⁰

De acordo, com os pressupostos defendidos pela Tríade de Donabedian¹¹ a avaliação da qualidade em saúde se sustenta em três componentes, sendo eles: estrutura, processos e resultados. Esses componentes se complementam, a estrutura da avaliação apoia a execução dos processos em saúde e os processos são executados para gerar resultados que possibilitam verificar mudanças no contexto da saúde, no recebimento e prestação de cuidados.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária “*Primary Care Assessment Tool*” PCATool – Versão Brasil, prevê a mensuração de aspectos de estruturas, processo e resultados dos serviços de saúde. Este na versão adulto, profissional e criança, instrumento validado e publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Cada atributo identificado neste instrumento, é formado por um componente que relaciona-se ao processo de atenção à saúde e a estrutura dos serviços, medindo assim a presença e extensão dos atributos da APS^{9,10}. Este possui um total de 55 questões, destas três relacionadas ao grau de afiliação dos usuários e outras 52 questões avaliam a presença e extensão dos atributos da APS, divididos em 10 componentes.

Para fins deste estudo, foi analisado o instrumento na versão criança e as 14 questões que permitem avaliar o atributo integralidade, que é contemplado em duas divisões, Integralidade- Serviços Disponíveis (G). Constituído por nove itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9), e Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5).¹⁰

Desse modo, o recorte no presente estudo do atributo integralidade se deu devido à necessidade da investigação de novos resultados da avaliação dos serviços de saúde quanto à

presença do atributo em questão, visto que a concretização da integralidade nas práticas dos serviços de saúde, relacionadas ao cuidado da criança, ainda se configura como um desafio para APS.

Ademais, a integralidade é vista como fator essencial na produção do cuidado, desde que sejam contempladas as necessidades da população o que determina oferecer suporte e atenção necessária no contexto da saúde da criança. Estudos têm sido desenvolvidos, abordando os atributos da APS, o que aponta para a necessidade de realizar uma síntese do conhecimento dos estudos já publicados acerca da temática.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo identificar as produções científicas acerca do atributo integralidade, no cuidado à criança, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com a utilização do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool).

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa, que seguiu cinco etapas preconizadas para sua execução: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados, e apresentação da síntese do conhecimento. Esta permite combinações de diversas metodologias e perspectivas, fortalecendo as práticas baseadas em evidências¹².

Para a revisão integrativa partimos da seguinte questão norteadora: O que se tem produzido acerca do atributo integralidade na Atenção Primária à Saúde, a partir da utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool* - PCATool Versão criança?

Assim, procedeu-se à coleta da evidência científica relativa à saúde da criança relacionada ao atributo integralidade na APS, identificação dos tipos de pesquisas, processos metodológicos, fatores de risco, descrição e análise crítica dos resultados e por último a síntese relacionada aos estudos.

O período de coleta dos dados foi de junho a agosto de 2018, sendo que os estudos foram obtidos a partir de acessos de domínio público: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine/National Institutes of Health* (PubMed), *SciVerseScopus* (SCOPUS) e Web Of Science. As palavras utilizadas na busca foram “PCATool” e “Primary Care Assesment Tool” com a utilização do operador booleano “OR” em [título, resumo e assunto]. A busca foi realizada pelo acesso ao Portal de Periódicos da Capes via CAFE na biblioteca da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM.

Nessa revisão, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: as seguintes categorias de artigos (original, com desenho experimental, quase-experimental, de coorte e/ou

quantitativos, transversais, descritivos e/ou avaliativos), artigos disponíveis com resumos e textos completos entre 2001 e 2017, aqueles que foram publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês, que tivessem o atributo integralidade mensurado e que respondessem a questão norteadora. Foram excluídas todas as publicações que não se enquadraram nos critérios estabelecidos acima.

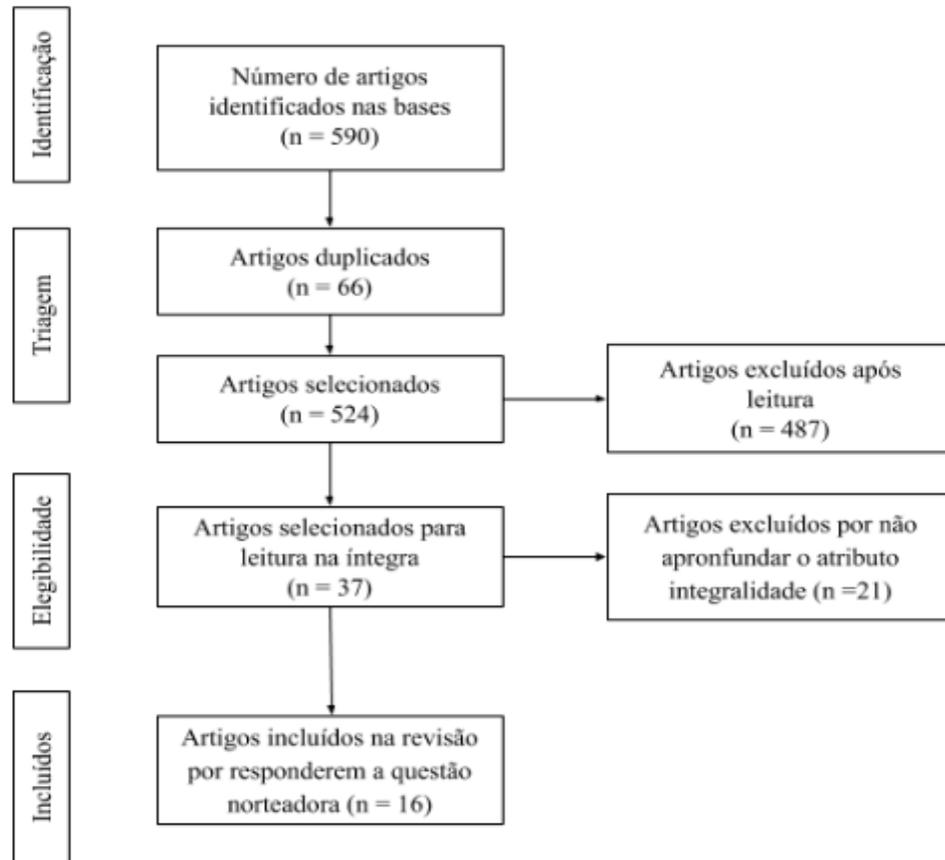
A extração dos dados para elaboração do banco de dados foram delineadas e organizadas por meio da elaboração de uma planilha no Microsoft Office Excel®, contendo as seguintes variáveis: título, autoria, ano de publicação, periódico de publicação, Qualis/CAPES, país de realização do estudo, qualificação do primeiro autor, área de conhecimento do primeiro autor, cenário e tipo de estudo.

A seleção das produções foi desenvolvida de modo duplo independente com pesquisadores qualificados e com um terceiro consenso pesquisador especialista em Saúde da Família, de modo a garantir o rigor do método e a fidedignidade dos resultados. Os artigos a incluir na amostra foram selecionados por meio da sequência: leitura de título, leitura de resumo e leitura do texto integral. Na discordância entre os dois revisores, os artigos passavam pela avaliação do terceiro revisor e eram incluídos na etapa seguinte de análise.

A classificação de evidências possibilita a ampliação dos conhecimentos e incorporação destes nas práticas clínicas. O sistema de classificação do nível de evidência é composto sete níveis, sendo: Nível I (evidências originárias de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos); Nível II (evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado); Nível III (ensaios clínicos bem delineados sem randomização); Nível IV (estudos de coorte e de caso-controle bem delineados); Nível V (revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos); Nível VI (evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo) e Nível VII (opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas).¹³

Foram encontrados 590 estudos e, após a remoção dos artigos duplicados, totalizaram 524 publicações, das quais 524 foram pré-selecionados pela leitura de títulos e resumos. Após leitura minuciosa dos textos, a amostra final foi composta por 16 artigos, conforme apresentado na FIG. 1.

Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que compõem a amostra de acordo com método PRISMA. Santa Maria, 2018.



Fonte: autores da pesquisa.

A extração dos dados foi realizada por meio de roteiro com informações sobre ano de publicação, autores, título, periódico, país, delineamento metodológico, objetivos, resultados e nível de evidência. A análise foi realizada de forma descritiva.

RESULTADOS

A amostra desta revisão foi composta por 16 estudos descrevem as evidências científicas do atributo integralidade, no cuidado à criança, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com a utilização do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Primary Care Assessment Tool. Na sequência apresenta-se o quadro sinóptico dos artigos selecionados (QUADRO1).

Quadro 1- Quadro sinóptico dos artigos selecionados, com a distribuição das publicações com a identificação dos autores e ano de publicação, objetivo, principais resultados, amostra e participantes, país e nível de evidência.

Autor/ano	Objetivo	Principais resultados	Amostra e participantes	Nível de evidência
Wolkers PCB, Macedo JCB, Rodrigues CM, de Furtado, MCC, de Mello, DF. 2017 ⁽¹⁴⁾	Avaliar e comparar a qualidade da atenção primária ofertada às crianças com DM1 entre os tipos de serviços públicos de atenção à saúde na experiência dos seus principais cuidadores.	A integralidade dos serviços prestados e disponíveis não atingiram níveis de escore médio satisfatório, apresentaram baixo score. Os serviços especializados apresentaram maiores resultados que os serviços de APS.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Pinto LF, Harzheim E, Hauser L, D'Avila OP, Gonçalves MR, Travassos P, Pessanha R. 2017 ⁽¹⁵⁾	Avaliar a extensão dos atributos da APS, a partir da experiência dos usuários, adultos e crianças/cuidadores, comparando o território servido as instalações de saúde da Rocinha com outras áreas de distrito de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil.	Atributos de “acesso” e “abrangência - serviços disponíveis” foram os de pior desempenho, provavelmente devido à grande migração externa e interna existente dentro da própria Rocinha. Entre as crianças, o único atributo com significância estatística (p-valor <0,10) foi a “Orientação comunitária”, que é melhor avaliada entre os usuários do bairro da Rocinha.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Silva SA, Fracoli LI. 2016 ⁽¹⁶⁾	Avaliar se os atributos essenciais e derivados da APS estão incorporados às práticas assistenciais para crianças menores de dois anos de idade, em municípios da região de saúde de Alfenas, estado de Minas Gerais, Brasil.	Os elementos do atributo integralidade, serviços disponíveis e serviços prestados apresentaram baixo escore, porém o escore dos serviços prestados se manteve muito próximo ao valor limite da classificação.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Diniz SGM, Damasceno S, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. 2016 ⁽¹⁷⁾	Avaliar a presença e extensão do atributo integralidade na atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família.	O atributo integralidade na atenção à saúde da criança apresenta fragilidades, baixo score nas duas dimensões mensuradas serviços disponíveis e nos serviços prestados apenas um dos indicadores avaliados obteve valor satisfatório ($\geq 6,6$) ‘orientações para manter a criança saudável’, alcançando o valor de 7,6. Os demais indicadores avaliados se apresentaram insatisfatórios.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. 2016 ⁽¹⁸⁾	Avaliar os limites e as possibilidades dos avanços obtidos na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro, desde a experiência dos usuários, tanto adultos como crianças.	Os resultados obtidos para o escore médio essencial e o escore médio geral apresentaram valores próximos de 6,0, isto é, abaixo do valor de 6,6 que indicaria uma boa qualidade geral da atenção primária em saúde. Ao desagregar esta análise, pode-se perceber os motivos dessas notas gerais pelos atributos que os compõem. Por um lado, “acessibilidade”, “orientação	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI

		comunitária” e “integralidade – serviços prestados” contribuíram negativamente para os escores médios gerais.		
Silva SA, Baitelo TC, Fracoli LA. 2015 ⁽¹⁹⁾	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 atributo integralidade foi abordado nos seus segmentos: Serviços disponíveis e serviços prestados: Serviços disponíveis usuários e profissionais, os três grupos atribuíram baixo escores. Serviços prestados, alto escore obtido pelos profissionais e baixo score emitido pelos usuários, pelos usuários o aconselhamento não é praticado.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Quaresma FRP, Stein AT. 2015 ⁽²⁰⁾	Comparar a qualidade o serviço de saúde primária oferecido crianças / adolescentes com ou sem deficiência no município de Palmas, estado da capital Tocantins, Brasil, com base na avaliação de cuidadores.	Os resultados "integração de cuidados" registraram pontuações abaixo das expectativas e "sistema de informação" com escores satisfatórios. A "integração dos cuidados" mostra que assegurar a continuidade dos cuidados com os serviços de saúde em outros níveis do sistema é inadequado, enquanto o "sistema de informação" indica que profissionais e usuários têm acesso aos registros de atendimento.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Oliveira A. Veríssimo MLÓR. 2015 ⁽²¹⁾	Comparar a presença e a extensão de atributos da APS à saúde da criança entre as Unidades de ESF e Unidades Básicas tradicionais do município de Colombo, Paraná, Brasil, por meio da aplicação do PCA-Tool a responsáveis pelas crianças atendidas nos serviços.	Em relação ao atributo Integridade, as unidades com ESF obtiveram um escore 6,2, superior ao da UBS, que atingiu 4,7. Apenas alguns serviços ou programas estão disponíveis corretamente, como a vacinação presente em ambas as unidades.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Fracoli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. 2015 ⁽²²⁾	Avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na perspectiva dos cuidadores de crianças menores de dois anos que utilizam a Estratégia Saúde da Família implantada no município de Quatá-SP, por meio da aplicação do PCATool Versão Criança.	Nesta pesquisa destacaram-se os atributos de Integralidade – Serviços Prestados com escore igual a 9,39, serviços que são executados na prática pelas ESFs e Integralidade - Serviços Disponíveis com escore igual a 6,78 precisa melhorar sua operacionalização no município de Quatá.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Berra S et al. 2014 ⁽²³⁾	Avaliar a experiência com cuidados primários e investigar a associação entre os relatos experiência e estado de saúde, sócio-demográfico características, uso de serviços de saúde e cobertura de saúde na população da Catalunha menores de quinze anos de idade.	Mais de dois terços da amostra deu uma pontuação alta (≥ 3) à sua experiência com cuidados primários nos domínios do primeiro contato físico (74,1%), coordenação (69,2%) e competência (71,2%). Os domínios com os maiores porcentagens de pessoas com baixa pontuação foram os serviços recebidos dos cuidados primários prestador de serviços (49,3%), continuidade dos cuidados (39,4%) e serviços disponíveis (37,9%).	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI

Filho MM, Luz BSR, Araújo CS. 2014 ⁽²⁴⁾	Avaliar, a partir da percepção de cuidadores, os atributos da atenção primária à saúde para crianças de zero a dois anos de idade e conhecer possíveis fatores intervenientes na avaliação.	Acesso de Primeiro Contato e Integralidade de Serviços Complementares apresentaram mais de 90,0% de avaliações negativas. Integralidade serviços básicos, Integralidade de Serviços Complementares, Integralidade-ações de promoção e prevenção recebidas, Coordenação, Orientação Familiar e Orientação Comunitária o apresentaram entre 51,0 a 71,0% de baixas avaliações. Aos Escores Essencial e Geral de APS foram atribuídos valores baixos em mais de 80,0% das entrevistas.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. 2014 ⁽²⁵⁾	Avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil, segundo a percepção de uma comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais.	Valores satisfatórios (escores > 6,6) foram registrados apenas para a subdimensão do acesso de primeiro contato – utilização e para a subdimensão coordenação – sistema de informação. O escore geral da APS, na percepção dos cuidadores, não alcançou o valor de mínimo para ser considerado como satisfatório. Baixo escore da integralidade nos serviços prestados (5,5) e serviços disponíveis (6,3) demonstra o não reconhecimento pela comunidade.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Furtado MCC, Braz JC, Pina I JC, Mello DF, Lima RAG. 2013 ⁽²⁶⁾	Analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária e o grau de afiliação dos usuários em relação à Unidade de Saúde da Família (USF), com base nas experiências de mães com a assistência prestada a crianças com menos de um ano de idade.	Em relação ao atributo Integralidade, os serviços disponíveis e a orientação dispensada às mães, ou famílias, para o uso de unidades de saúde obteve o menor escore. Ao contrário do atributo anterior, encontrou-se forte presença e extensão de outra subdivisão do atributo Integralidade que se refere aos serviços prestados durante as consultas de rotina. Esse item obteve escore maior que 3,0.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. 2011 ⁽²⁷⁾	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 saúde da criança em Montes Claros.	A partir da percepção dos cuidadores das crianças que têm a ESF como fonte regular de atenção os escores dos atributos da APS revelaram melhores escores para as equipes com melhor formação (residência) com diferenças estatisticamente significantes para os atributos de longitudinalidade, integralidade/serviços básicos e integralidade/serviços complementares.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI
Leão CDA, Caldeira AP. 2011 ⁽²⁸⁾	Verificar a associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional promovida pela Residência de Medicina de Família e Comunidade e pela	Os escores observados mostram que em geral, as equipes com residência apresentam escores maiores para a maioria dos atributos avaliados e com diferença estatisticamente	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI

	Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	significante para os atributos da longitudinalidade, da integralidade de serviços básicos disponíveis, da integralidade de serviços complementares disponíveis, bem como para os escores essencial e geral.		
Harzheim E, Starfield B; Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. 2006 ⁽²⁹⁾	Adaptar o PCATool-Brasil dirigido à população infantil e analisar sua validade e confiabilidade.	A validação do PCATool-Brasil resultou na exclusão de um considerável número de itens (n = 32) da escala original. Algum dos itens se referiam a ações em saúde ausentes nos serviços estudados. Este fato já indica uma menor disponibilidade de ações e, portanto, uma menor integralidade dos serviços, principalmente referente à saúde bucal.	Cuidadores/famílias de crianças	Nível VI

Fonte: autores da pesquisa.

Ao que se refere às questões de autoria, a maioria dos artigos encontrados, foram produzidos por dois ou mais autores, tendo em vista a vinculação desses estudos a maior parte foram produzidos por autores com títulos Doutorado 50% (n=8),^{14-16,18,20,21,24,29} PhD 25% (n=4),^{19,22,23,26} Mestrado 18,75% (n=3)^{25,27,28} e Especialização 6,25% (n=1),¹⁷ as áreas de conhecimento foram analisadas predominando a área de Enfermagem 62,5% (n=10)^{14,16,17,19-22,26-28}, Medicina 18,75% (n=3),^{18,24,29} Nutrição 6,25%, (n=1)²³ Bioestatístico 6,25% (n=1)¹⁵ e desenvolvimento social 6,25% (n=1).²⁵ No tangente a qual se refere o cenário dos estudos, evidenciaram-se que 56,25% (n=9)^{14,16,17,19,20,22,26,27,28} dos estudos foram desenvolvidos em ESF, 6,25% (n=1)¹⁵ estudos desenvolvidos em UBS, 25% (n=4)^{18,21,24,29} desenvolvidos em dois cenários UBS e ESF, 6,25% (n=1)²³ desenvolvido em Centro de atenção primária, 6,25% (n=1)²⁵ em unidade ESF Quilombola.

Em relação ao cenário das pesquisas, o Brasil se destacou como país predominante com 93,75% (n=15),^{14-22,24-29} teve destaque as regiões de Minas Gerais 43,75% (n=7),^{14,16,19,24,25,27,28} nordeste da Paraíba 6,25% (n=1),²¹ São Paulo 12,5% (n=2),^{22,26} Rio de Janeiro 12,5% (n=2),^{15,18} Tocantins 6,25% (n=1),²⁰ Paraná 6,25% (n=1),²¹ Rio Grande do Sul 6,25% (n=1),²⁹ também foi identificado estudo na Espanha, Catalunha com 6,25% (n=1).²³

Em relação aos aspectos metodológicos, os delineamentos dos artigos avaliados neste estudo, predominaram pesquisas com delineamento transversal 93,75% (n=15)¹⁴⁻²⁸ dentro deste encontram estudos transversais descritivos, exploratórios, observacionais e analíticos, e estudo seccional com amostra de 6,25% (n=1).²⁹

Quanto aos periódicos das publicações 37,50% (n=6)^{15,18,20,24,25,28} dos trabalhos foram publicados na Revista Ciência & Saúde Coletiva-B1 no Qualis/Capes, 12,50% (n=2)^{19,26} na

Revista Latino-Am. Enfermagem- A1 no Qualis/Capes, 12,50% (n=2)^{23,29} no Caderno de Saúde Pública- B1 no Qualis/Capes, 6,25% (n=1)¹⁷ na Revista. Gaúcha de Enfermagem- B1 no Qualis/Capes, 6,25% (n=1)¹⁶ na Revista Brasileira de Enfermagem- A2 no Qualis/Capes, 6,25% (n=1)²¹ na Revista Escola de Enfermagem USP- A2 no Qualis/Capes, 6,25% (n=1)²⁷ na Revista Brasileira Saúde Materno Infantil- B1 no Qualis/Capes, 6,25% (n=1)¹⁴ na Acta Paulista Enfermagem- A2 no Qualis/Capes 6,25% (n=1)²² no Mundo da Saúde-B2 no Qualis/Capes.

DISCUSSÃO

A integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS, através dele é garantido ao usuário assistência à saúde, que aborda além da prática curativa, o acompanhamento do indivíduo em todos os níveis de atenção considerando seu contexto social, familiar e cultural. Assim, a oferta de serviços de saúde necessita estar bem alinhado para que o usuário tenha acesso à rede de atenção e tenha conhecimento sobre a variedade dos serviços disponíveis e prestados, a integralidade das ações implica que as demandas sejam atendidas de modo humanizado e resolutivo, relevando o contexto histórico e social dos usuários.

O atributo integralidade foi abordado em seus dois segmentos – serviços disponíveis (G) e integralidade – serviços prestados (H), abordaram questões relevantes sobre todas as experiências com os serviços de saúde para com a população, no âmbito do contexto familiar.¹⁴⁻²⁹

Registra-se que pesquisas ^{14,19,21,23-26,28,29} avaliaram os serviços disponíveis com baixo escore, totalizando 81,2% do presente estudo, os motivos mais frequentes pelos quais os estudos apresentaram baixa avaliação desse escore foram: desarticulação com os serviços prestados, não disponibilidade de vacinação, aconselhamentos, testes anti-HIV, suturas, encaminhamentos, identificações de problemas auditivos, visuais, programas de suplementação nutricional, demonstrando que há falhas na oferta, referencia e contra referência dos serviços da APS.

Contudo, estudos ^{16,27} avaliaram os serviços disponíveis com bons escores, com ênfase no planejamento familiar, imunizações e encaminhamentos, obtiveram valores satisfatórios nas crianças que tinham a ESF como fonte de atenção regular com ações de promoção e prevenção, segundo estudo¹⁶ os itens sobre disponibilidade de suturas, avaliações visuais, aconselhamentos sobre tratamento para uso prejudicial de drogas apresentaram resultados mais baixos, mesmo com os outros itens se mostrando como satisfatórios, desacataram-se

esses como insatisfatórios. Na pesquisa²² os escores dos serviços disponíveis se apresentou satisfatório com exceção somente para a disponibilidade de vacinas para ESF que recebeu valor inferior ao valor de referência do escore, essa se deve a insuficiência de vacina na ESF.

Cabe salientar que as prestações dos serviços de forma adequada necessitam de estratégias que possibilitem o reconhecimento apropriado das reais necessidades da população e dos recursos disponíveis para abordá-las.

Aponta-se que os serviços prestados avaliados no estudo¹⁶ foram apresentados com escores insatisfatórios, porém com valores muito próximos ao limite de classificação para torna-se com escore satisfatório, já no estudo¹⁷ foi salientado que apenas um dos indicadores dos itens avaliados apresentou escore satisfatório, sendo ele “orientações par manter a criança saudável”, os demais indicadores como: segurança no lar, mudanças de desenvolvimento da criança, maneiras comportamentais, acidentes domésticos se mostraram insatisfatórios.

Evidências^{14,15,18,19,23-25} trouxeram os itens dos serviços prestados avaliados com escores insatisfatórios, destacando a falha na qualificação profissional e dos serviços de saúde nas orientações preventivas. Contudo, os estudos^{22,26} apontaram os serviços disponíveis com escores satisfatórios, os itens foram avaliados como realmente prestados, orientações, aconselhamentos, informações sobre desenvolvimento, alimentação, higiene, sono adequado, prevenção de acidentes, problemas comportamentais, segurança com medicamentos.

O estudo²¹ ao comparar a presença e extensão dos atributos da APS à saúde da criança entre as ESF e UBS evidenciaram que a ESF apresenta o atributo integralidade com escore superior às UBS, desacataram-se que apenas alguns serviços se apresentam disponíveis em ambas unidades, como vacinação e planejamento familiar. Com esse estudo, podemos refletir a fragilidade no manejo das condições comuns de saúde, em alcance de doenças preveníveis, o qual a qualidade de vida da população pode ser colocada em risco, por falhas nas ações voltadas as reais necessidades de saúde. Cabe destacar que a integralidade necessita que os serviços estejam disponíveis de maneira adequada e sejam prestados quando necessários, por meio de intervenções de prevenção, promoção e/ou recuperação da saúde e que essas que busquem alcançar o reconhecimento das necessidades existentes na população.

Achados da pesquisa¹⁹ realizada em ESF de Minas Gerais, a qual teve como objetivo avaliar os atributos da APS demonstrou que os serviços disponíveis e serviços prestados, foram avaliados pelos usuários adultos, cuidadores e/ou familiares de crianças e profissionais, para comparar a diferença nesses três grupos, o escore emitido pelos usuários salientaram que o aconselhamento não é contemplado. Os serviços disponíveis receberam baixo escore pelos

três grupos, já os serviços prestados receberam alto escore pelos profissionais e baixos escores pelos usuários.

Evidências científicas^{14,18,20,23,25,28}, apontam que a integralidade não se apresenta de forma resolutiva diante da disponibilidade dos cuidados a saúde infantil, apontam para a fragmentação do cuidado, onde os modelos de atenção mostram-se limitados, pois ainda há falta de qualificação no processo de trabalho e profissionais qualificados para que haja incorporação dos princípios da APS e preocupação com cuidado integrado no contexto de vida dos indivíduos.

Estudo²⁸ realizado em Montes Claros, Minas Gerais, verificou a associação entre os atributos da APS e qualificação profissional, e apontou que os escores em geral apresentados pela equipe de saúde qualificada se apresentaram melhores escores dos atributos do que pelos profissionais que não possuíam qualificação. Salienta-se com este estudo, a importância da qualificação profissional no âmbito dos serviços de saúde, para superar a fragmentação do cuidado, disseminando novas práticas em saúde, desfocando do modelo hegemônico.

Neste contexto, a integralidade ainda não apresenta-se em sua totalidade, pois assegurar a continuidade do atendimento dos serviços de saúde apresenta-se de forma incipiente, há lacunas nos encaminhamentos de crianças a serviços especializados, pelos quais as ações de saúde permanecem centradas no modelo hegemônico curativista, centrado na patologia, não sendo percebido e analisado o contexto de vida dos indivíduos, fragilizando a disponibilidade dos serviços e a prestação dos cuidados, como aconselhamentos, prevenções, orientações e ações que favorecem o cuidado integral.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram identificar as evidências científicas acerca do atributo integralidade no cuidado à criança nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com o uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária- PCATool. As publicações destacaram-se anos de 2014 a 2017, evidenciando que há pesquisas atuais sobre o tema, mas que ainda há necessidade de aprofundamento e desdobramento no contexto da saúde da criança na APS para fortalecer os baixos índices demonstrados nos escores obtidos nos serviços de saúde relacionados ao atributo integralidade, o qual caracteriza que a extensão do atributo não está presente conforme o esperado.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se deficiência na avaliação da integralidade na APS e a aplicação adequada da variedade dos serviços disponíveis. Assim que

determinadas, as necessidades de saúde, deverá ser realizado os acompanhamentos, diagnósticos, terapias e/ou encaminhamentos. Os achados da revisão integrativa de literatura não permitiram uma análise mais aprofundada sobre o tema, pois os estudos acerca do tema apresentam-se incipiente, o que indica a existência de lacunas para que novas pesquisas sejam realizadas.

Conclui-se que a necessidade de atenção dos gestores dos serviços de saúde e também há necessidade de uma qualificação dos profissionais que atuam nesse contexto, bem como o fortalecimento do vínculo e interação entre os profissionais e os usuários para estimular à promoção, proteção e recuperação a saúde. O reconhecimento e fortalecimento da APS, se da por meio da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, no qual o instrumento PCATool é um subsídio importante. A efetivação na prática cotidiana das condições comuns de saúde gera impactos na comunidade e no contexto familiar.

REFERÊNCIAS

1. Campos, RTO, Ferrer, AL, Gama, CAP, Campos, GWS, Trapé TL, Dantas DV, Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. 2014 [citado em 15 nov 2018];38:252-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>
2. Weiller, TH. O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Ribeirão Preto, 2008, 188 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo/USP- área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19122008_162123/publico/TeresinhaHeckWeiller.pdf
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS; 2007.
4. Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2006 [citado em 15 nov 2018];22(6): 1171-1181. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>
5. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.
6. Silva da, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Colet*. 2011 [citado em 15 nov 2018]; 16(6):2753-2762. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>

7. Silva RMM, Viera, CS, Toso BRGO, Neves ET, Silva-Sobrinho, RA. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde debate*. 2015 [citado em 15 nov 2018];39(106): 718-729. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00718.pdf>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, 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 (SUS). Brasília [acessado 2017 out 18]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>
9. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p.726, 2002 [citado em 15 nov 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
10. 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 PCATool – Brasil. Normas e manuais técnicos. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
11. Donabedian, A. The Quality of Medical Care. *Science* 200, 1978.
12. Whittmore R, Knafk K. The integrative review: updates methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2005:3-24.
14. Wolkers PCB, Macedo JCB, Rodrigues CM, de Furtado, MCC, de Mello, DF. Primary care for children with type 1 diabetes mellitus: caregiver perspectives. *Acta Paul Enferm (Online)*. 2017 [citado em 15 nov 2018];30(5):451-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n5/en_0103-2100-ape-30-05-0451.pdf
15. Pinto LF, Harzheim E, Hauser L, D'Avila OP, Gonçalves MR, Travassos P, Pessanha R. Primary Health Care quality in Rocinha – Rio de Janeiro, Brazil, from the perspective of children caregivers and adult users. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [citado em 15 nov 2018];22(3):771-781. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en_1413-8123-csc-22-03-0771.pdf
16. Silva SA, Fracoli LI. Evaluating child care in the Family Health Strategy. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2016 [citado em 15 nov 2018];69(1):47-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0054.pdf
17. Diniz SGM, Damasceno S, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. *Rev. gaúch. enferm*. 2016 [citado em 15 nov 2018]; 37(4):e57067. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160457067.pdf
18. 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. *Ciênc. Saúde*

Colet. 2016 [citado em 15 nov 2018];21(5):1399-1408. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1399.pdf

19. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev. latinoam. enferm.* 2015 [citado em 15 nov 2018];23(5):979-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf>

20. Quaresma FRP, Stein AT. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [citado em 15 nov 2018];20(8):2461-2468. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2461.pdf>

21. Oliveira A, Veríssimo MLÓR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care*. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49(1):30-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0030.pdf>

22. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. *Mundo saúde (Impr.)*. 2015 [citado em 15 nov 2018];39(1):54-61. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf

23. Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, Starfiel B. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cad. Saúde Pública.* 2014 [citado em 15 nov 2018]; 30(12):2607-2618, dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02607.pdf>

24. Filho MM, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014 [citado em 15 nov 2018];19(7):2033-2046. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02033.pdf>

25. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [citado em 15 nov 2018];19(2):365-371. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>

26. Furtado MCC, Braz JC, PinaI JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev. latinoam. enferm.* 2013 [citado em 15 nov 2018]; 21(2):[08 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf>

27. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online)*. 2011 [citado em 15 nov 2018];11(3):323-334. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>

28. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011 [citado em 15 nov 2018];16(11):4415-4423. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>

29. Harzheim E, Starfield B; Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. saúde pública.* 2006 [citado em 15 nov 2018];22(8):1649-1659, ago, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>

ARTIGO 2

Este artigo está apresentado nas normas da Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Ciência & Saúde Coletiva) classificada com a categoria B1 no **Qualis/Capes**, a qual este será enviado para possível publicação.

PREVALÊNCIA DE INTEGRALIDADE E FATORES ASSOCIADOS NA SAÚDE DA CRIANÇA NOS MUNICÍPIOS DA 4ª CRS

PREVALENCE OF INTEGRALITY AND FACTORS ASSOCIATED WITH CHILDREN'S HEALTH IN THE MUNICIPALITIES OF THE 4th CRS.

Jordana Lopes Carvalho

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Teresinha Heck Weiller

RESUMO

Objetivo: investigar a prevalência do atributo integralidade e seus fatores individuais e contextuais associados à saúde da criança nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível, decorrente do projeto matricial “Primary Care Assessment Tool Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul nos municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul”. A população desta amostra foi composta por 1.061 familiares/cuidadores de crianças que acessam os serviços de Atenção Primária. A amostragem foi não probabilística por conveniência. Para a coleta de dados, utilizou-se um

questionário de caracterização e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Brasil versão criança. A análise de dados foi realizada através do programa Software Stata 14.0. A prevalência da integralidade e dos seus fatores associados foi analisada considerando a existência de duas regiões Verdes Campos e Entre Rios; no entanto, em relação à integralidade, quarenta e cinco por cento dos entrevistados atribuíram à prevalência do atributo. O estudo revelou que, por vezes, a criança, mesmo possuindo plano de saúde privado e frequentando esses serviços, segue com vínculos na Atenção Primária, procurando serviços como imunizações, aconselhamentos e orientações de como manter a criança saudável e acompanhamento no seu crescimento e desenvolvimento, fortalecendo assim a integralidade do cuidado, visto que essa se mostrou associada à cobertura vacinal dos municípios. Espera-se que este estudo contribua para a construção de novos alicerces e práticas em saúde relacionadas à integralidade na saúde da criança na Atenção Primária à Saúde.

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

ABSTRACT

Objective: to investigate the prevalence of the integrality attribute and the individual and contextual factors associated with child health in the municipalities of the 4th Regional Health Coordination of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. This is a multi-level cross-sectional observational and epidemiological study, from the matrix protection "Primary Care Assessment Tool", assessment of primary care in the municipalities belonging to the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul state. The population of this sample was composed of 1,061 families/caregivers of children who access the Primary Care services. The sampling was non-probabilistic one for convenience. For the data collection, it was used a characterization questionnaire and the Instrument for Assessment of Primary

Health Care in Brazil, child version. The data analysis was performed using the software Stata 14.0. The prevalence of integrality and its associated factors was analyzed considering the existence of two Regions: Verdes Campos and Entre Rios; however, in relation to completeness, forty-five percent of the respondents attributed the prevalence of the attribute. The study revealed that sometimes the child, even having a private health plan and attending these services, continues to have links with the Primary Care, seeking services such as immunizations, counseling and guidance on how to keep the child healthy and follow-up on his growth and development, strengthening thus the completeness of care, since this was shown to be associated with the vaccination coverage of the municipalities. It is hoped that this study will contribute for the construction of new foundations and health practices related to integrality in children's health in Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; Child Health; Health Integrality Evaluation of Health Services.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária À Saúde (APS) envolve um conjunto de ações e serviços, exercendo um dos principais papéis dos sistemas de saúde, como porta de entrada, atuando como agente para serviços prestados a toda a população, com vistas à redução de problemas comuns com a oferta de ações, curativas, preventivas e reabilitadoras^{1,2}.

A integralidade da assistência é um princípio doutrinário do SUS, entendido como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde de forma preventiva, no contexto social, individual e coletivo da população, de modo a ser ofertada em todos os níveis de complexidade e atenção do sistema³. A integralidade da atenção, atributo essencial da APS, exige que seja reconhecida adequadamente à variedade de serviços prestados e disponíveis, de maneira a alcançar um alto nível de desempenho ao atender as reais necessidades da

população, de forma que haja evidências de que os serviços estão sendo oferecidos de forma adequada para atender essas necessidades de acordo com as distintas complexidades, capazes de ofertar um cuidado integral e humanizado¹.

Ademais, o atributo da integralidade, temática deste estudo, é considerado com um fator fundamental na produção do cuidado ao oferecer suporte e atenção às necessidades à saúde da criança levando em consideração o contexto histórico e familiar^{1,4}. Com isso, um instrumento de avaliação dos serviços de saúde validado com base nos atributos da APS torna-se necessário para identificar a percepção dos usuários quanto aos serviços prestados, nesse caso voltados a saúde da criança. A avaliação dos serviços de saúde baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processos e resultados dos serviços de saúde, proposto pela Tríade de Donabedian⁵.

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Brasil versão criança permite avaliar o grau de orientação à APS em serviços de saúde com modelos de saúde diversos. No caso do presente estudo, foi utilizada a versão criança para avaliar a percepção de cuidadores e/ou familiares. O atributo da integralidade nesse instrumento é conformado por 14 itens estruturado em dois componentes: Integralidade (G) - Serviços disponíveis com 9 itens e Integralidade (H) - Serviços prestados com 5 itens⁶.

Na atenção à criança, as ações realizadas no âmbito da APS são indispensáveis para a prevenção e promoção à saúde, pois essas possibilitam a diminuição da mortalidade infantil. A existência de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) estruturada de acordo com princípios, diretrizes e eixos estratégicos que ofereçam a garantia ao direito à vida e a saúde com acesso universal a todos tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança por meio de ações que visem à redução da morbimortalidade infantil mediante a atenção integral e cuidados integrados⁷.

Torna-se necessário que os serviços de saúde ofereçam de forma adequada

acompanhamento sistemático da criança, promovendo a continuidade da assistência, fortalecendo a integralidade da atenção. Considera-se que o ser humano deve ser tratado em sua forma subjetiva e singular; para isso, o olhar do profissional é fundamental para promover uma assistência de qualidade, fortalecendo o vínculo e a interação profissional/paciente, desmitificando assim a fragmentação do processo do cuidar^{1,2}, haja vista que ações descontínuas e fragmentadas do cuidado contribuem para o processo de adoecimento infantil, pois para oferecer um cuidado integral e humanizado o profissional necessita abdicar do reducionismo da atenção, de maneira a oferecer ações que evitem o adoecimento precoce, ou seja, ações de saúde norteadas pela integralidade⁸.

No contexto da saúde da criança na APS, o processo de assistência necessita estar bem articulado, pois envolve um sujeito que este envolto do seu contexto familiar, pelo qual é necessário levar em consideração sua singularidade em meio à da sua família e/ou responsáveis, em relação ao meio onde vivem⁹.

Sendo assim, elaborou-se a seguinte questão norteadora: qual a prevalência da integralidade e fatores associados no cuidado à saúde da criança nos serviços de APS da 4ªCRS? Neste sentido, o objetivo deste estudo consistiu em investigar a prevalência do atributo integralidade e seus fatores individuais e contextuais associados à saúde da criança nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível, decorrente do protejo 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)*”.

O território de atuação da 4ª CRS/RS é composto por 32 municípios. A pesquisa foi realizada em 148 unidades de APS em duas regiões de saúde: Verdes Campos e Entre Rios. A sede da 4ª CRS localiza-se em Santa Maria/RS a 286 km da capital e possui 542.357 habitantes¹⁰.

Ressalta-se que a Região Verdes Campos é composta por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes composta por: 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, totalizando 101 unidades de APS (40 UBS/T e 61 UBS/ESF). A Região Entre Rios é integrada por 11 municípios com 123.915 habitantes integrada por: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi, totalizando 47 unidades de APS (20 UBS/T e 27 UBS/ESF)¹¹.

A população desta amostra foi composta por 1.061 familiar/cuidadores de crianças que acessam os serviços de APS. A amostragem foi não probabilística por conveniência, considerando a estimativa da média populacional através do cálculo amostral de crianças pertencentes aos municípios da 4ª CRS/RS. A amostra por conveniência envolve os participantes convenientes disponíveis para participar do estudo, ou seja, aqueles que se encontravam disponíveis nas Unidades básicas de Saúde nos momentos de coleta. Este método costuma consumir menos tempo, ser mais acessível e possuir maior facilidade no seu processo¹².

Foram adotados como critérios de inclusão ser cuidador ou responsável legal por crianças que possuíssem a APS como porta de entrada e tivesse acessado essa mais de uma vez para obtenção da assistência, com idade ≥ 18 anos na data da entrevista. Foram excluídos

aqueles não possuíam habilidades cognitivas e físicas para responder ao instrumento e que passavam pelo primeiro atendimento no serviço.

Para realização da coleta de dados, foi utilizado o instrumento de avaliação da APS, *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Brasil na sua versão criança. Esse instrumento mede a presença e extensão dos atributos: acesso de primeiro contato, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁶, seguindo os pressupostos da tríade de avaliação de Donabedian⁵. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2015 por meio de tablets com o *software* Epi Info® 7.0 que continham o questionário socioeconômico e demográfico, bem como o PCATool Brasil versão criança.

Dessa forma, foi possível exportar os dados coletados disponíveis nos tablets para um computador/notebook, para garantir a confiabilidade dos dados e minimizar possíveis falhas, tanto no aparelho como falhas na digitação e dados repetidos. Os avaliadores (estudantes de graduação e pós-graduação da UFSM) receberam um treinamento com carga horária de 10 horas para compreender o instrumento e seu conteúdo, previamente ao contato com os entrevistados. Os instrumentos da pesquisa foram aplicados de forma presencial nas Unidades de Saúde, com contato prévio junto aos coordenadores para conhecimento da rotina de cada unidade e para informar-se sobre a possibilidade e disponibilidade para a realização da pesquisa, de forma a coincidir a coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade, sem causar prejuízo ao setor. As avaliações, a fim de preservar o anonimato e priorizar a privacidade dos entrevistados, foram realizadas em locais reservados.

O atributo integralidade na APS foi considerado como desfecho deste estudo foi categorizado de forma dicotômica com os pontos de corte de $<6,6$ para escore baixo do atributo e $\geq 6,6$ para escore alto do atributo. Quando a soma de respostas em branco e as com valor atribuído “(9)” atingisse 50% ou mais do total de itens do componente, esse entrevistado

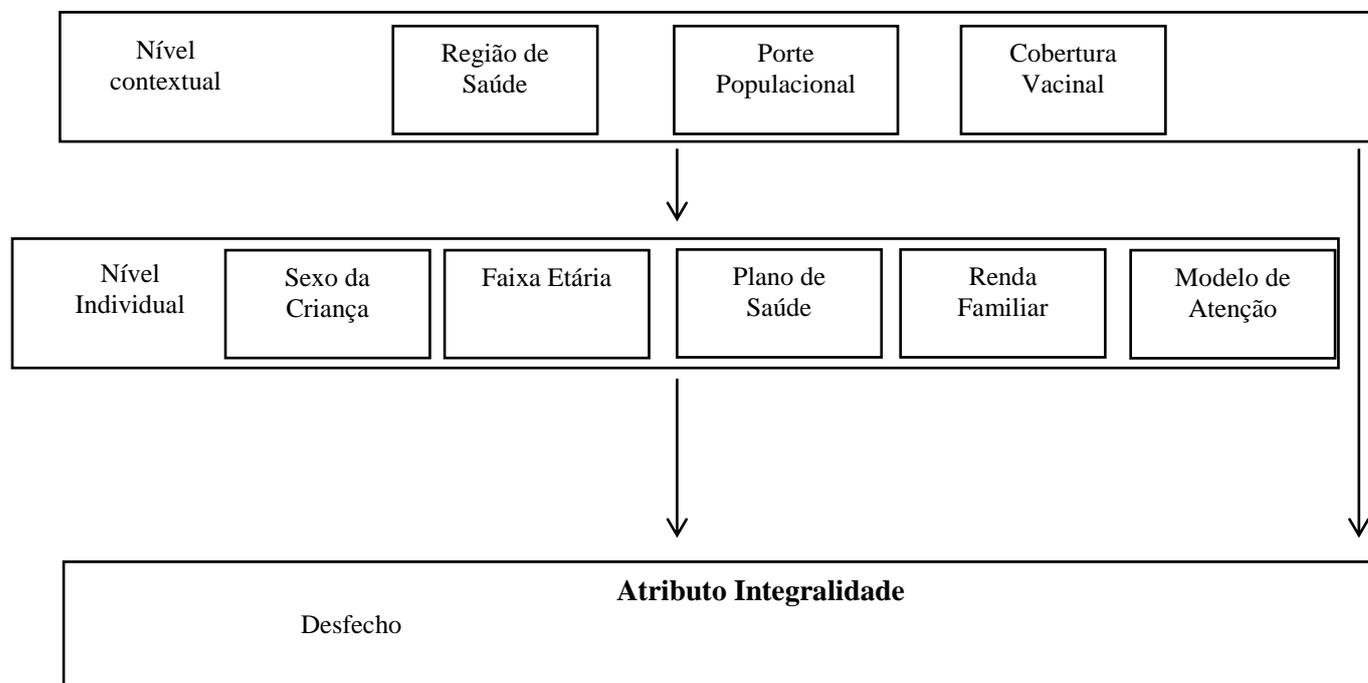
era excluído da análise. No caso desses valores serem inferiores a 50% do total de itens foi realizada uma transformação do valor “(9)” para o valor “(2)”. Essa transformação foi considerada necessária para pontuar negativamente quando houvesse características deste instrumento não reconhecidas pelo entrevistado ⁶.

As variáveis socioeconômicas coletadas foram: sexo da criança (masculino/feminino), faixa etária (até 5 anos/6 a 11 anos/12 a 18 anos), presença de 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).

As variáveis contextuais, por sua vez, foram extraídas de um banco ecológico elaborado pelos pesquisadores, de acordo com as características dos municípios nos quais residiam os usuários entrevistados. Foram elas: 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 categorizada em tercis (até 80,62%/ de 80,63% até 96,43%/ mais de 96,43%).

Para a análise estatística, foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações dos diferentes níveis das variáveis, elencando as dimensões individuais e contextuais e seu efeito no desfecho do atributo da integralidade (Figura 1).

Figura 1: Modelo teórico do atributo integralidade no cuidado à criança na atenção primária à saúde, segundo características individuais e contextuais. Rio Grande do Sul, 2019.



Fonte: Próprio estudo.

A análise dos dados foi realizada por meio do *Software Stata 14.0* (*Stata Corporation, College Station, TX, USA*). Verificou-se as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas, a presença do atributo integralidade e a diferença entre as categorias através de uma regressão de Poisson multinível, na qual o primeiro nível foram os participantes do estudo, incluídos no segundo nível suas cidades de origem.

Foram obtidas razões de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5% através de modelagem em duplo estágio, na qual o modelo 1 considerou apenas as variáveis contextuais e o modelo 2 acrescentou o bloco de variáveis individuais a estas. Para a análise de ajuste dos modelos, foi utilizado o deviance (Log likelihood), verificando-se assim significativas alterações estatísticas entre os modelos.

O presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o número do CAAE: 34137314.4.0000.5346. Todos os familiares/cuidadores participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceitando participar do estudo. O projeto recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do edital MCTI/CNPQ/Universal 447000/2017-4.

RESULTADOS

Do total da amostra de 1.061 entrevistados, 1.000 completaram as questões relacionadas ao atributo integralidade, sendo que a prevalência desta na amostra estudada foi de 45% (IC: 41,9-48,1). A descrição da amostra, prevalência do atributo integralidade e Razões de Prevalência bruta, são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição da amostra, prevalência do atributo integralidade e Razões de Prevalência bruta, Brasil, 2015 (n=1.000).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência da Integralidade (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	Valor P
Região				
Verdes Campos	767 (76,78)	46,15 (42,64-49,70)	1	
Entre Rios	232 (23,22)	40,94 (34,78-47,41)	0,89 (0,71-1,11)	0,300
Porte Populacional				
50 mil ou mais	473 (47,30)	47,78 (43,30-52,30)	1	
25001 até 50 mil	80 (8,00)	45,00 (34,42-56,05)	0,94 (0,66-1,34)	0,738
2001 até 25 mil	104 (10,40)	43,27 (34,05-52,98)	0,91 (0,66-1,25)	0,544
15001 até 20 mil	103 (10,30)	43,69 (34,40-53,44)	0,91 (0,66-1,26)	0,583
10001 até 15 mil	52 (5,20)	32,69 (21,28-46,60)	0,68 (0,42-1,12)	0,131
5001 até 10 mil	91 (9,10)	42,86 (33,06-53,25)	0,90 (0,64-1,26)	0,531
4001 até 5 mil	29 (2,90)	44,83 (27,82-63,14)	0,94 (0,54-1,64)	0,823
3001 até 4 mil	38 (3,80)	31,58 (18,74-48,02)	0,66 (0,37-1,18)	0,162
Até 3 mil	30 (3,00)	56,67 (38,53-73,18)	1,18 (0,72-1,94)	0,498
Cobertura Vacinal				
Até 80,62%	195 (19,50)	40,51 (33,82-47,57)	1	
80,63% até 96,43%	691 (69,10)	46,60 (42,90-50,34)	1,15 (0,90-1,47)	0,265
Mais de 96,43%	114 (11,40)	42,98 (34,18-52,26)	1,06 (0,74-1,52)	0,745
Sexo				
Masculino	482 (48,39)	47,30 (42,87-51,78)	1	
Feminino	514 (51,61)	43,00 (38,77-47,33)	0,91 (0,76-1,09)	0,312

Faixa etária				
Até 5 anos	442 (45,06)	50,45 (45,79-55,11)	1	
6 a 11 anos	322 (32,82)	45,34 (39,96-50,83)	0,90 (0,73-1,11)	0,316
12 a 18 anos	217 (22,12)	35,48 (29,38-42,10)	0,70 (0,54-1,91)	0,008
Plano de Saúde				
Sim	171 (17,20)	51,46 (43,96-58,90)	1	
Não	823 (82,80)	43,74 (40,38-47,16)	0,83 (0,65-1,06)	0,135
Modelo de Atenção				
UBS	418 (42,61)	45,21 (40,49-50,03)	1	
ESF	426 (43,43)	46,48 (41,78-51,24)	1,03 (0,84-1,25)	0,786
Mista	137 (13,97)	41,60 (33,62-50,06)	0,92 (0,68-1,24)	0,582
Renda Familiar				
Até R\$788,00	390 (39,35)	42,82 (37,98-47,80)	1	
R\$789,00 a R\$1.576,00	427 (43,09)	46,60 (41,90-51,36)	1,09 (0,89-1,34)	0,420
R\$1.577,00 a R\$2.364,00	103 (10,39)	48,54 (39,01-58,19)	1,13 (0,83-1,55)	0,436
R\$2.365,00 a R\$3.152,00	50 (5,05)	38,00 (25,60-52,20)	0,89 (0,55-1,43)	0,622
Mais de R\$3.152,00	21 (2,12)	47,62 (27,41-68,64)	1,11 (0,59-2,10)	0,744

* Valores abaixo de 1.000 fazem parte de dados faltantes.

Quanto à população estudada, no que se refere ao nível contextual, a maior proporção da amostra foi na região Verdes Campos, com 767 indivíduos (76,78%), enquanto na região Entre Rios foi de 232 indivíduos (23,22%). Em relação ao porte populacional, a frequência maior foi de cidades com 50 mil ou mais habitantes (47,30%), demonstrando uma maior frequência de integralidade naquelas cidades com cobertura vacinal de 80,63% até 96,43%.

Quanto ao nível individual da população estudada, o sexo da criança apresentou-se distribuído em maior proporção no feminino com 514 usuários (51,61%), enquanto o masculino teve 482 usuários (48,39%); a maior representatividade da faixa etária destes foi de até 5 anos de idade (45,06%). Em relação ao plano de saúde, demonstrou-se que a maior parte da população estudada não possuía plano de saúde (82,80%) e somente 171 (17,20%) possuía. Do total, 427 (43,09%) informaram ter renda familiar de R\$789,00 a R\$1.576,00, seguidos de 390 (39,35%), que informaram renda de até R\$788,00. Em relação ao modelo de atenção, 137 (13,97%) referiram como fonte de atenção as unidades mistas, enquanto 418 (42,61%) da população afiliavam-se nas UBS e, destes, 426 (43,43%) eram adscritos na ESF.

A prevalência do atributo integralidade se mostrou presente em ambas as regiões, sendo de 46,15% na região verdes campos e 40,94% na região entre Rios. Uma maior

prevalência foi encontrada em cidades com porte populacional de até 3.000 habitantes (56,67%) e com cobertura vacinal de 80,63% até 96,43% (46,60%). Quanto às variáveis individuais, todas apresentaram prevalência bruta do atributo integralidade, sendo que seu maior valor encontrado foi naqueles que possuíam plano de saúde (51,46%) e seu menor valor entre aqueles que estavam na faixa etária de 12 a 18 anos (35,48%).

A associação entre as variáveis individuais e contextuais com o atributo integralidade mostrou a associação apenas para a faixa etária de 12 a 18 anos (RP: 0,70; IC: 0,54-1,91) na análise de razão de prevalência bruta. A modelagem das razões de prevalência ajustadas para as variáveis de nível contextual e individual apresentam-se na Tabela 2.

Tabela 2. Razões de Prevalência ajustadas para as variáveis do nível de equipe de saúde e variáveis individuais, Brasil, 2015 (n=1.000).

VARIÁVEL	Modelo 1 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*	Modelo 2 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*
Região				
Verdes Campos	1		1	
Entre Rios	0,96 (0,64-1,43)	0,838	0,96 (0,62-1,47)	0,837
Porte populacional				
50 mil ou mais	1		1	
25001 até 50 mil	0,98 (0,58-1,67)	0,947	0,99 (0,56-1,73)	0,964
2001 até 25 mil	1,21 (0,67-2,18)	0,526	1,18 (0,62-2,25)	0,610
15001 até 20 mil	1,10 (0,70-1,74)	0,677	1,05 (0,64-1,72)	0,842
10001 até 15 mil	0,78 (0,40-1,50)	0,449	0,77 (0,39-1,52)	0,453
5001 até 10 mil	0,96 (0,66-1,40)	0,820	0,86 (0,55-1,34)	0,507
4001 até 5 mil	1,04 (0,56-1,95)	0,888	1,05 (0,54-2,06)	0,877
3001 até 4 mil	0,78 (0,40-1,53)	0,472	0,84 (0,42-1,68)	0,615
Até 3 mil	1,43 (0,76-2,70)	0,272	1,52 (0,78-2,98)	0,223
Cobertura Vacinal				
Até 80,62%	1		1	
80,63% até 96,43%	1,34 (0,81-2,20)	0,252	1,38 (0,80-2,37)	0,241
Mais de 96,43%	1,15 (0,69-1,93)	0,585	1,19 (0,68-2,05)	0,541
Sexo				
Masculino			1	
Feminino			0,93 (0,77-1,13)	0,461
Faixa etária				
Até 5 anos			1	
6 a 11 anos			0,90 (0,72-1,11)	0,326
12 a 18 anos			0,70 (0,53-0,91)	0,008
Renda Familiar				
Até R\$788,00			1	
R\$789,00 a R\$1.576,00			1,04 (0,83-1,29)	0,752
R\$1.577,00 a R\$2.364,00			0,98 (0,70-1,38)	0,919
R\$2.365,00 a R\$3.152,00			0,81 (0,49-1,34)	0,417
Mais de R\$3.152,00			1,13 (0,56-2,28)	0,736

Plano de Saúde			
Sim		1	
Não		0,77 (0,59-1,01)	0,056
Modelo de Atenção			
UBS		1	
ESF		1,06 (0,84-1,35)	0,599
Mista		0,96 (0,67-1,37)	0,817

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Modelo 2: as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde.

Após ajuste da análise apenas para variáveis contextuais, não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa com o atributo avaliado. Quando realizado o ajuste final (modelo 2), as crianças com faixa etária entre 12 a 18 anos apresentaram 30% menor prevalência do atributo integralidade quando comparadas com aquelas de até 5 anos de idade, independente das demais variáveis (IC: 0,53-0,91).

DISCUSSÃO

No estudo realizado, em relação à integralidade, 45% dos entrevistados atribuíram a prevalência do atributo no cenário avaliado. Tais achados corroboram com pesquisas que utilizaram o PCATool versão criança e avaliaram o atributo integralidade, evidenciando que os serviços ainda apresentam lacunas relacionada à disponibilidade dos serviços prestados, para os quais os familiares e/ou cuidadores necessitam dispor de recursos para obtê-los em prol da garantia da integralidade^{13,8}.

Para Starfield¹, a integralidade caracteriza-se pelo reconhecimento das reais necessidades da população, de forma que os usuários devem ser direcionados a um contexto amplo de saúde, voltado ao cuidado integral e a variedade de serviços disponíveis que atendam às suas necessidades de forma adequada.

A prevalência da integralidade e dos seus fatores associados foi analisada considerando a existência de duas regiões. No que se refere ao nível contextual, a maior

proporção de integralidade foi em cidades com 50 mil ou mais habitantes, o que demonstrou uma maior frequência de integralidade nos municípios com cobertura vacinal de 80,63% a 96,43%, o que demonstra que, quanto maior a cobertura vacinal, maior a prevalência do atributo integralidade, o que significa que a “disponibilidade de vacinas” atende às necessidades da população adscrita. Corroborando com esse resultado, Diniz e colaboradores¹³ evidenciaram em seu estudo a cobertura vacinal com scores satisfatórios.

Uma possível avaliação a ser realizada em relação ao achado considera que os municípios possuem em suas equipes de saúde a presença do profissional de enfermagem, que tem como atribuição a coordenação do programa de imunização nos territórios, o que torna o acompanhamento seja mais efetivo. Da mesma forma, cabe destacar que o Programa Nacional de Imunização tem sido referido como efetivo no espaço da APS, respondendo positivamente na garantia da integralidade da atenção. A vacinação é considerada a maneira mais eficaz para evitar diversas doenças. As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), o qual tem como objetivo erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro⁷.

Observou-se maior prevalência do atributo integralidade entre crianças até cinco anos de idade, quando comparadas às crianças com faixa etária de 12 a 18 anos, as quais apresentaram uma prevalência 30% menor do atributo integralidade. Os responsáveis por crianças na faixa etária de até cinco anos procuram mais os serviços de saúde na APS para realizar ações que incluem puericultura e vacinação. Ainda, por vezes, elas apresentam-se doentes mais frequentemente nesta faixa etária, haja vista que nessa fase da vida ocorre maior prevalência e exposição a riscos e perigos relacionados a novas doenças. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei n.º 8.069/1990, considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade.

Nessa perspectiva, observam-se avanços no que diz respeito aos cuidados junto à

população infantil, tendo as ações de prevenção e promoção o eixo orientador da atenção na APS. Compreende-se que a APS desenvolve um conjunto de ações e serviços com vistas a resolução dos problemas relacionados à saúde infantil, pautando-se na integralidade para nortear ações de cuidado integral como agente condutor das ações de saúde¹.

As doenças respiratórias na infância se constituem como um dos principais motivos pela procura aos serviços de saúde, considerando a pneumonia uma doença frequente em crianças, com importante percentual de mortalidade evitável entre menores de cinco anos. O Brasil conquistou significativa redução nas taxas de mortalidade infantil em menores de um ano e mortalidade na infância em menores de cinco anos, apresentando melhora positiva nos processos de aconselhamento, orientações e prevenção, relacionados às principais doenças e agravos à saúde infantil⁷. A prevenção de agravos e doenças em crianças apresenta um conjunto de medidas a serem tomadas, que necessitam articular o cuidado desde a APS até os serviços de maior complexidade, consolidando assim as RAS, para que haja menores limitações e mais oportunidades para crianças e suas famílias acessarem os serviços de saúde⁷.

A maior parte da população estudada não possuía plano de saúde e utilizava os serviços de APS; porém, a prevalência bruta do atributo integralidade teve seu maior valor encontrado entre aqueles que possuíam plano de saúde. Neste contexto, cabe ressaltar que a integralidade se destaca pela interação dos serviços de saúde, a qual deve promover a integração entre demanda espontânea e programada nos serviços de APS, em especial diante do contexto político-social adverso que, atualmente, o país enfrenta^{15,16}. Todavia, o acesso aos serviços de saúde tem se apresentado como uma barreira na assistência, o que pode contribuir para a procura por planos privados de saúde, pois as pessoas podem encontrar dificuldades para acessar a APS que se relacionam às suas dimensões políticas e culturais, dificultando assim o acesso^{17,18}.

Cabe ressaltar que, por vezes, a criança, mesmo possuindo plano de saúde privado e frequentando esses serviços, segue com vínculos na APS, procurando serviços como imunizações, aconselhamentos, orientações sobre manter a criança saudável e acompanhamento no seu crescimento e desenvolvimento, fortalecendo assim a integralidade do cuidado. Essa realidade demonstra a necessidade da APS ampliar a rede dos serviços ofertados para que as necessidades básicas das crianças e suas famílias sejam atendidas, como orientações, aconselhamentos, imunizações de maneira resolutiva e eficaz, implicando na melhor qualidade da assistência e maior procura pelos serviços de APS¹⁹.

Quanto à renda familiar, o estudo demonstrou que familiar e/ou cuidadores relataram a presença do atributo integralidade e que utilizam os serviços de APS os que possuem renda até três salários mínimos, resultado semelhante de uma pesquisa realizada na APS, que apresentou familiares e/ou cuidadores com renda familiar de até um salário mínimo mensal. Ainda, aponta-se que os atributos orientação familiar e comunitária no âmbito da APS não estão sendo adequadamente ofertados, tendo em vista a ausência de ações que garantam a efetividade da integralidade na atenção a saúde infantil²⁰.

Em relação ao modelo de atenção, predominou no estudo a população adscrita nos serviços de ESF, seguido das UBS e após, as unidades mistas. Torna-se pertinente considerar a diferença nos modelos de APS, como ESF e UBS, os quais determinam distintas formas do processo de trabalho em prol da produção do cuidado e na assistência a saúde da criança²². Na pesquisa²¹, o atributo integralidade foi avaliado nos dois modelos de atenção (ESF e UBS). No que se refere aos serviços disponíveis, à maioria das variáveis apresentou médias maiores para ESF com exceções como aconselhamentos para saúde mental.

A integralidade do cuidado é descrita como uma ação articulada entre os serviços de saúde, equipe e comunidade, na qual a interação e o vínculo entre profissional/usuário tornam-se essenciais. Entretanto identifica-se que estes esses carecem de um ambiente

apropriado com condições de trabalho adequadas, incluindo disponibilidade de equipamentos, materiais e instrumentos considerados fundamentais para assistência a saúde, além de estrutura física adequada, fatores que contribuem para o encaminhamento de crianças aos serviços secundários e terciários de atenção à saúde, o que interfere diretamente na integralidade do cuidado^{20,23}.

A literatura aponta diversas falhas no sistema de referência e contra referência dos serviços de saúde: há lacunas na articulação dos serviços de saúde e das equipes que neles atuam, a própria APS apresenta limitações na resolutividade dos problemas de saúde da criança, pelos quais os familiares e/ou cuidadores acabam por se reportar a outros níveis de atenção, não considerando por vezes esse nível de atenção como porta de entrada, situação essa que faz perceber a ausência do cuidado nos diversos níveis de atenção, interferindo no atendimento dos atributos essenciais e derivados da APS, em especial a integralidade²³.

A APS desenvolve ações indispensáveis no âmbito da promoção à saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, com um papel fundamental no enfrentamento dos desafios existentes diante do grau de organização e presença dos atributos. Entretanto, há muito que se avançar nesses quesitos para que seja alcançada uma assistência contínua e resolutiva²⁴.

O alcance da integralidade está diretamente ligado à reconstrução do modo de produzir cuidado, bem como dos modelos de trabalho vigentes nos serviços de saúde, no qual a atuação da equipe da APS impacta diretamente na consolidação da assistência e na efetividade direcionada à atenção infantil, promovendo um olhar integral, focado na criança e na sua família, realizando intervenções como administração de vacinas e orientações⁸. Os serviços de APS devem realizar ações de saúde embasadas nas características do território, tanto que a territorialização é uma das ações a serem realizadas por esses serviços quando eles se inserem neste. Dessa maneira, os serviços de saúde devem conhecer a população que mora em sua área de abrangência para realizar ações voltadas às suas necessidades.

Cabe destacar, nesse contexto, o enfermeiro que participa diretamente tanto do processo de implementação das políticas públicas quanto no enfrentamento dos diferentes desafios presentes em sua prática profissional, como uma atenção voltada à doença, baseada no modelo curativista e hegemônico³. Ressalta-se que, para que se tenha integralidade no cuidado, a APS necessita ofertar uma rede ampla de serviços que sejam disponibilizados a partir das necessidades da população, independentemente das dificuldades enfrentadas no momento¹.

No que diz respeito aos achados não significativos, estes podem ser atribuídos ao processo de amostragem não probabilístico no qual ocorreu a coleta dos dados, o que, de certa forma, gerou um viés de seleção, levando a ausência da diferença estatística entre os indivíduos. Por se tratar de uma amostra regional, para a seleção da diferença do atributo, um maior número de indivíduos deveria ser entrevistado, pois a maior proporção da amostra avaliada correspondeu ao município de maior porte populacional em comparação aos demais, o que pode ter influenciado nos resultados.

Ainda se constituem como limitações presentes nesse estudo a seleção dos entrevistados, o que se deu entre usuários que buscavam atendimento na APS, situação que pode ter levado a um viés pelo ao fato dessas pessoas serem mais acessíveis e possuírem características comuns. Ademais, os participantes do estudo podem ter emitido parecer positivo na avaliação do serviço por serem entrevistados dentro das dependências do mesmo, evitando assim tensões e possíveis prejuízos na assistência recebida. Quanto ao desenho metodológico, por tratar-se de metodologia transversal, não se permitiu estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis estudadas.

Como contribuições, o estudo demonstrou a presença do atributo integralidade em toda uma região de saúde, fato que até então havia se limitado aos municípios. A organização da atenção deve ser tomada em relação aos diversos níveis de complexidade e competências

que integram diretamente os serviços prestados ou disponibilizados, considerando as necessidades de atenção à saúde em prol do cuidado, cabendo aos gestores providenciar, organizar e coordenar os serviços disponibilizados, articulando aqueles que constituem as RAS¹.

Por fim, destaca-se que foi utilizada para verificação destes dados uma análise estatística multinível, abordagem correta para este tipo de estudo, que considera os diversos estratos nos quais os participantes se inserem e tornam então os resultados úteis como subsídios para que o atributo da integralidade seja contemplado no planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas autoridades públicas²⁵.

CONCLUSÕES

A presença do atributo integralidade fortalece a importância do cuidado integral com foco na assistência para resolução dos problemas de saúde, desmistificando o modelo biomédico, voltado à doença e a cura. Esse atributo reforça a importância da presença de todos os atributos essenciais e derivados com ações integradas, focadas na saúde da criança e sua família, alinhada às reais necessidades do contexto familiar, a fim de promover a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O foco da atenção às crianças segundo aos familiares e/ou cuidadores que participaram deste estudo apontam que o cuidado ainda é predominantemente voltado à atenção individual e curativista, evidenciando lacunas que existem para a garantia da integralidade, pois essa não consiste somente em programas e objetivos únicos, mas, sim, na presença de um conjunto de variedades de serviços adequados e prestados que ofertem ações adequadas para assistência primária.

Busca-se com a integralidade da atenção um cuidado integral com profissionais que, ao olharem para os serviços, articulem a oferta para as necessidades da população atendida

com a realidade do contexto para a assistência, de modo que essa seja prestada de maneira eficaz. As intervenções de saúde permitem conhecer diversas situações de saúde, as quais possibilitam a busca pela transformação das práticas, por meio do cuidado integral e da oferta de serviços disponíveis.

A prevalência da integralidade e dos seus fatores associados foram analisados considerando a existência de duas regiões Verdes Campos e Entre Rios; no entanto, em relação à integralidade, observa-se que somente quarenta e cinco por cento dos entrevistados consideraram a prevalência do atributo. O estudo revelou que a maior prevalência do atributo integralidade ocorre entre crianças até cinco anos de idade; quando comparadas às crianças com faixa etária de 12 a 18 anos, essas apresentaram uma prevalência menor do atributo integralidade.

Outro achado significativo do estudo se deu devido ao fato de a criança, mesmo possuindo plano de saúde privado e frequentando esses serviços, segue com vínculos na Atenção Primária, procurando serviços, como imunizações, aconselhamentos, orientações de como manter a criança saudável e acompanhamento no seu crescimento e desenvolvimento, fortalecendo assim a integralidade do cuidado, visto que essa se mostrou associada à cobertura vacinal dos municípios.

As estratégias de cuidados com a 1ª infância vêm produzindo resultados. O Programa Nacional de Imunizações repercute na presença da integralidade, precisando ser preservado. A presença de um modelo misto, público e privado, é desafiadora e pode impactar na continuidade do cuidado.

Espera-se que este estudo contribua para a construção de novos alicerces e práticas em saúde relacionadas à integralidade na saúde da criança na APS, bem como a (re)-estruturação de processos assistenciais que fortaleçam a importância da APS como porta de entrada das RAS de forma resolutiva e integral, visibilizando a subjetividade e singularidade.

O presente estudo reafirma a função desempenhada pela APS no cuidado da criança e adolescência, demonstrando que investimentos na APS respondem positivamente nos indicadores de saúde. Os resultados encontrados no estudo reafirmam o papel desempenhado pela APS na coordenação da rede de atenção, garantindo a integralidade na medida em que esta for mais efetiva, demonstrando o papel do SUS para assegurar a saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [citado em 15 nov 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
2. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2012. [acesso em 2018 nov 15]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
4. Carvalho JL, Damaceno AN, Gomes BCF, Streck, MTH, Silva FS, Weiller TH. Evaluation of child health care in primary health care: integrative review. *International Journal of Development Research* 2019;09(03):26685-26691.
5. Donabedian A. The Quality of Medical Care 1978;200:9.
6. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - Primary care assessment tool, PCATool-Brasil. 2010. [acesso em 2018 nov 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 2018 nov 15]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_d_a_Crianca_PNAISC.pdf.

8. Silva RMM, Viera CS, Toso BRGO, Neves ET, Silva-Sobrinho RA. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde em Debate* 2015 Set;39(106):718–29.

9. 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;8(10):23315-23321.

10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. 2010. [acesso em 2017 out 4]. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang>>.

11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. 2012. [acesso em 2017 out 4]. Disponível em: <<http://ww2.ibge.gov.br/home>>.

12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: a avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

13. Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2016;37(4). [acesso em 2019 maio 21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000400403&lng=pt&tlng=pt).

14. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília [Internet]. Brasília

[acessão em 2018 out 03]. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>.

15. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate* 2017 Dez;41(115):117786.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011. [acesso em 2018 nov 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

17. Weiller TH, Damaceno NA, Bandeira D, Pucci V, Flores K. 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). *Biblioteca Lascasas*, 2014; 10(3).

18. Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank* 2005;83(1).

19. Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1366-72. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>

20. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016 Jan;21(1):119–27.

21. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2017 Jan;11(38):1-13.

22. Damasceno SS, Nóbrega VM da, Coutinho SED, Reichert AP da S, Toso BRG de O, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016 Set;21(9):2961–73.
23. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2011;20(spe):263–71.
24. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* [Internet] 2018 Set;8. [acesso em 2019 mai 5]. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2753>.
25. Diez-Roux AV. Multilevel Analysis in Public Health Research. *Annual Review of Public Health* 2000 mai;21(1):171–92.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a presença e a extensão dos atributos da integralidade na atenção à saúde da criança, atendidas na APS dos municípios da 4ª CRS/RS e identificou as produções científicas acerca do atributo da integralidade, no cuidado às crianças atendidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com a utilização do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool). Ainda investigou a prevalência do atributo da integralidade e seus fatores individuais e contextuais associados à saúde da criança nos municípios da 4ª CRS.

Com relação às produções científicas, foi possível identificar que estão sendo realizadas pesquisas com a utilização do instrumento de avaliação PCATool-versão criança em vários cenários brasileiros, demonstrando a importância que o instrumento de avaliação assume para contribuir com a qualificação da APS. Evidenciou-se que, em decorrência do modelo teórico do instrumento, predominam publicações em revistas nacionais de estudos quantitativos com delineamento transversal, descritivo, exploratório, observacional e analítico e estudo seccional.

Em relação aos resultados do estudo realizado na Atenção Primária à Saúde dos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, identificou-se a presença do atributo da integralidade a partir da percepção de familiares e cuidadores se crianças que acessam os serviços, mostrando que os serviços, guardadas suas fragilidades específicas, conseguem assegurar um dos princípios fundantes do SUS.

O estudo aponta para a potencialidade da APS nos pequenos municípios da região que, na avaliação de familiares e cuidadores, asseguram a integralidade da atenção para crianças. Também foi possível verificar que a integralidade está associada à cobertura vacinal dos municípios. Outro achado importante foi que, no presente estudo, a prevalência da integralidade foi maior entre crianças até cinco anos. Esse achado reafirma o papel estratégico desempenhado pelos serviços de APS para o acompanhamento da saúde das crianças no território, assegurando a integralidade da atenção.

Neste contexto, foi de suma importância conhecer os fatores que interferem na prevalência do atributo da integralidade frente ao cuidado à criança, segundo a perspectiva do responsável e do cuidador que acompanham a criança em seu processo saúde/doença e presenciam o cotidiano dos serviços de saúde, a fim de desvelar essa questão e contribuir para a melhoria da qualidade da atenção integral à saúde infantil. Os resultados do estudo podem

contribuir para a realização de reflexões acerca dos limites e potencialidades da RAS em cada município, com o intuito de ampliar a garantia da integralidade da atenção, corroborando para a consolidação de uma RAS que responda as necessidades de saúde das crianças.

Por se tratar de um estudo avaliativo de abordagem quantitativa, se faz necessária a continuidade de estudos, especialmente mistos, para que se possa aprofundar a análise da RAS na área de atuação da 4ª CRS/RS, contribuindo para atuar nos limites e nas potencialidades presentes.

Neste sentido, a pesquisa possibilitou reduzir a ocorrência de erros e produzir uma melhora na qualidade e na segurança da coleta de dados em grandes populações. Essa ferramenta foi capaz de pontuar dados confiáveis e relevantes relacionados à avaliação dos serviços de APS. Desta forma, esse estudo contribui para o aprimoramento da atuação profissional na saúde da criança na 4ª CRS e os dados produzidos serão retornados aos municípios a partir de reuniões agendadas previamente pela orientadora, pesquisadora e grupo de pesquisa. Destaca-se que os profissionais precisam ser ouvidos para que possam contribuir de maneira positiva nas avaliações dos serviços de APS, levando em consideração o ponto de vista contextual dos municípios e individual da população atendida, viabilizando a elaboração de estratégias que promovam a qualidade dos serviços.

A cada tempo da história, desafios são colocados para que se possa garantir a integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Nesse sentido, a pesquisa **pode** contribuir em muito para que gestores, trabalhadores e usuários possam compreender sua realidade junto aos serviços de saúde e repactuar novas possibilidades de ações que promovam a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 03 out.2017.

_____. _____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990:** dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 03 out.2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 out. 2017.

_____. _____. **Portaria nº 1.130, 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 (SUS). Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 27 out. 2018.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2006.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2012a.

_____. _____. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n. 33, 2012b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.435, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457>. Acesso em: 24 out. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@.** 2010. Disponível em: <<http://ww2.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 04 out. 2017.

_____. _____. **Cidades@.** 2012. Disponível em:< [/ww2.ibge.gov.br/home](http://ww2.ibge.gov.br/home)>. Acesso em: 04 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3º Ciclo (Avaliação Externa) Orientações Gerais Brasília/DF.** 2017. Versão Preliminar. Disponível

em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_de_campo_pmaq_3ciclo.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

_____. _____. 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**. Brasília: MS, 2010. (Normas e manuais técnicos).

_____. _____. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: MS, 2005.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº510/2016**: regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS: 2016.

_____. **Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010**. 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 28 abril. 2019.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CAMPOS, G.W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29–46.

DAMASCENO, S. S.; NÓBREGA, V. M.; COUTINHO, S. E. D.; REICHERT, A. P. S.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, 200, 1978.

FURTADO, M.C. C.; BRAZ, J.C.; PINA, J.C.; MELLO, D. F.; LIMA, R.A.G. A Avaliação da Atenção à Saúde de Crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, páginas, mar.-abr. 2013.

GUERRA, H.S.; HIRAYAMA, A.B.; SILVA, A.K.C.; OLIVEIRA, B. de J.S.; OLIVEIRA, J.F.de.J. Análise das ações da rede cegonha no cenário Brasileiro. **Iniciação Científica CESUMAR**. v. 18, n. 1, p. 73-80, jan./jun. 2016.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.; M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

OLIVEIRA, V.B. C.A.; VERÍSSIMO, M, LA. Ó. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49. n. 1, p. 30-36, 2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: a avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**: 2016/2019. Porto Alegre, 2016. Disponível em:
<<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em: 26 set.017.

SILVA, F. C. S. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. v. 7, n .4, jan./dez, 2015.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde, 2004.

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

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

WEILLER, T.H.; DAMACENO, N. A.; BANDEIRA, D.; PUCCI, V. S.; FLORES, C.. 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). **Biblioteca Lascasas**, v. 10, n.3, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

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 à 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 decida 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. Ramissa, nº1008 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-8009 Email: comitecapesquisa@unifsm.br. Web: www.ufsm.br/ep

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

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança

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

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

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

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

- Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

- Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima
 Sim, o mesmo que A1 somente
 Sim, o mesmo que A2 somente
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5 - _____

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

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

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

D - LONGITUDINALIDADE

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

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

Continuação

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 - 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"/>
D11 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança					
F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você leva sua criança no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você leva sua criança no (a) "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro", o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

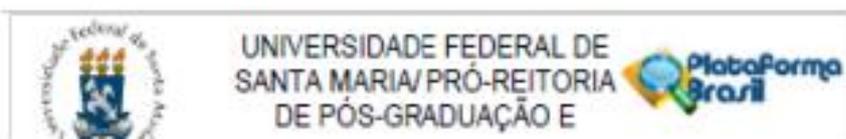
Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu/ sua "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<p>A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?</p>					
J3 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4 - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B - CARTA DE APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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 weller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 341373144.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 755.292

Data da Relatoria: 14/05/2014

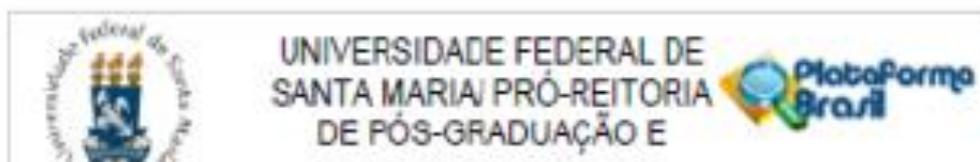
Apresentação do Projeto:

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 (4ª CRS/RS) com sede no município de Santa Maria.

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, destas 800 profissionais e 3200 usuários. O instrumento utilizado será Primary Care Assessment Tool, versões 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 APQ (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. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Carroli CEP: 97105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3225-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Contribuição do Projeto: 750,000

dos itens constantes. As respostas são em escala do tipo Likert.

Conforme os pesquisadores, os resultados poderão contribuir para a avaliação da APS com base nos atributos do referido instrumento, produção de indicadores que permitam os gestores municipais e regionais orientar as políticas públicas, validação do instrumento em municípios de pequeno e médio porte do interior do país e no incentivo a estudantes de graduação, mestrado e doutorado, no processo reflexivo sobre questões inerentes a gestão e avaliação dos serviços. O projeto prevê a coleta de dados no início de janeiro do ano de 2015 até julho de 2016. Possui um orçamento de R\$18.480,00, com financiamento próprio dos pesquisadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, por meio da aplicação do instrumento PCATod (Primary Care Assessment Tool versões Criança, Adulto e Profissionais).

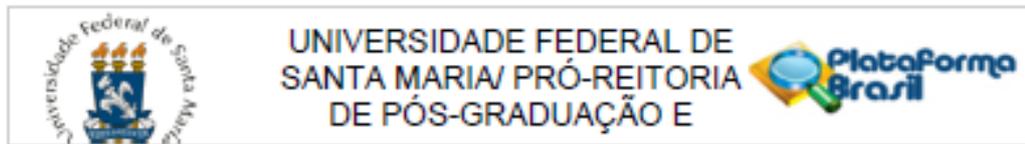
Objetivos Secundários:

- Identificar e discutir o atributo essencial acesso de primeiro contato a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo essencial coordenação da atenção a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo essencial longitudinalidade a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo essencial integralidade a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação familiar a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação comunitária a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas sim para o serviço de Atenção Primária do seu município.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Retoria - 2º andar	
Bairro: Carrobi	CEP: 97.105-070
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-6962	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 756.292

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 19 de Agosto de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com