

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

Aline Tatsch Neves

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO,  
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVA DE CUIDADORES DE  
CRIANÇAS/ADOLESCENTES**

Santa Maria, RS  
2020

**Aline Tatsch Neves**

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO, ORIENTAÇÃO  
FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
PERSPECTIVA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de 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, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laís Mara Caetano da Silva

Santa Maria, RS, Brasil  
2020

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

NEVES, ALINE TATSCH  
AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO,  
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: PERSPECTIVA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES  
/ ALINE TATSCH NEVES.- 2020.  
61 p.; 30 cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller  
Coorientadora: Laís Mara Caetano da Silva  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Atenção Primária à Saúde 2. Saúde da Criança 3. Redes  
de Atenção 4. Sistema Único de Saúde 5. Enfermagem I. Heck  
Weiller, Teresinha II. Caetano da Silva, Laís Mara III.  
Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

**Aline Tatsch Neves**

**AValiação dos atributos Coordenação da Atenção, Orientação Familiar e Comunitária na Atenção Primária à Saúde: A Perspectiva dos Cuidadores de Crianças/Adolescentes**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de 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, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 20 de março de 2020:**

---

**Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Mara Regina Caino Teixeira Marchiori, Dra. (UFN)**

---

**Luís Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)**

---

**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2020

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais Neli e José, que estiveram ao meu lado o tempo todo, me apoiando e me dando forças para seguir em frente nos momentos em que precisei apesar de todas as dificuldades. Eu devo tudo que sou a vocês, e se estou me sentindo orgulhosa de mim e do lugar aonde cheguei, é porque sei que vocês vieram segurando a minha mão.*

## AGRADECIMENTOS

*Termina aqui uma jornada de muitos desafios e aprendizados. Durante este percurso, fui, em muitos momentos amparada por pessoas que me confortaram nas horas difíceis e comemoraram comigo as pequenas vitórias. Assim, agradeço aqueles que contribuíram para o término desta caminhada...*

*À minha querida família, por me incentivarem a enfrentar este desafio e por todo o amor que têm por mim. Obrigada aos meus pais José e Neli, por serem meu porto seguro durante toda a caminhada sempre estendendo a mão quando precisei, ao meu irmão André, minha cunhada Luciane, minha sobrinha Dienifer, que mesmo de longe sempre me deram forças para continuar.*

*Minha irmã Daniela, meu cunhado Jonatas, meus sobrinhos Nicole e Daniel, por tornarem esta caminhada mais amena, sempre com a certeza de que poderia contar com o apoio incondicional de todos vocês, meu amor e minha admiração por vocês é enorme e só aumenta.*

*Obrigada em especial à minha irmã Eliane e meus sobrinhos Davi e Amanda por terem me acolhido na sua casa quando precisei e feito por mim todo o bem que vocês me fizeram! Eu os amo de todo o meu coração.*

*À Professora Teresinha, orientadora e amiga. Obrigada por me conduzir nesta jornada, por acreditar e confiar em mim. Querida, tenho em ti exemplo de força e dedicação. És uma inspiração para mim.*

*A minha coorientadora Laís Mara, que mesmo em atestado médico me auxiliou para a conclusão deste trabalho, agradeço também pela paciência e ensinamentos.*

*Ao meu amigo Pedro Henrique que me acompanhou durante toda essa trajetória. Obrigada pelas horas de risos e por me ouvir pacientemente quando precisei desabafar e sempre estava ao meu lado para me ajudar e para me incentivar a sempre ir mais longe.*

*À minha amiga e colega Vanessa Pucci por andar lado a lado comigo nesta trajetória, por me ouvir, me compreender e me estender a mão sempre que eu solicitei.*

*A Danieli Bandeira, por me ensinar, pacientemente, muitas das coisas que me fizeram seguir adiante.*

*Ao grupo de pesquisa GEPESC pelo conhecimento compartilhado.*

*Aos professores que compuseram a banca examinadora Mara Marchiori, Luis Felipe e Sheila Kocourek, obrigada pelas valiosas contribuições.*

*Aos colegas da minha turma de mestrado pela calorosa acolhida. Obrigada pela solidariedade e coleguismo.*

*Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria por proporcionar minha formação.*

*Aos profissionais de saúde dos serviços de saúde da 4ª CRS/RS por contribuírem para a execução deste trabalho.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de Mestrado Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo fomento na realização desta pesquisa.*

*“Aprendi através da experiência amarga a suprema lição: controlar minha ira e torná-la como o calor que é convertido em energia. Nossa ira controlada pode ser convertida numa força capaz de mover o mundo.”*

*Mahatma Gandhi.*

## RESUMO

### **AValiação DOS Atributos COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO, ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES**

**AUTORA:** Aline Tatsch Neves

**ORIENTADORA:** Teresinha Heck Weiller

**COORIENTADORA:** Laís Mara Caetano da Silva

A Atenção Primária à Saúde (APS), desde a década de 60, tem sido adotada por vários países como um modelo de atenção, visando ampliar e efetivar o acesso da população ao sistema de saúde. Este modelo de atenção busca transformar o enfoque individual, hospitalar e curativo, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, para uma abordagem mais coletiva, preventiva, territorializada e democrática. O processo de avaliação deve ser construído para prever a inclusão dos indivíduos fora do sistema, identificando possíveis exclusões e compensando diferenças existentes, observando os princípios previstos na Constituição Federal de 1988 que orienta os preceitos da integralidade, universalidade e o controle social. Além disso, busca garantir também o retorno para as equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade por meio de ações e intervenções efetivas. **Objetivo:** Este estudo objetivou avaliar os atributos Coordenação da Atenção e Orientação Familiar e Comunitária segundo a perspectiva de cuidadores de crianças/adolescentes em serviços de Atenção Primária à Saúde que integram uma região de saúde do sul do Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa quantitativa, descritiva e de corte transversal. A coleta de dados ocorreu mediante aplicação do instrumento PCATool – versão criança a 1081 usuários cuidadores de crianças vinculados a APS dos 32 municípios da 4ª CRS/RS, no período de janeiro de 2018 a novembro de 2019. O projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa sob número d CAAE: 34137314.4.0000.5346. **Resultados:** Quanto ao perfil dos usuários identificou-se que a maioria era do sexo feminino 93,89%, 65,49% destes eram estratégias de saúde da família, 42,09% eram casados, 80,67% possuem somente o Sistema Único de Saúde como acesso à saúde, dois filhos por família com 31,14%, 50,42% se autodeclararam da raça branca e 68,84% não tem emprego formalizado. Quanto ao escore do atributo integração dos cuidados foi constatado que o mesmo está presente com escore de 7,40 nos serviços de saúde visitados. O atributo sistemas de informação recebeu o escore de 7,75 e o atributo derivado da orientação familiar e orientação comunitária não se mostram presentes nos serviços visitados aparecendo um escore negativo de 6,18 e 5,30 respectivamente. **Conclusão:** Estudos como este, de avaliação dos serviços de saúde, beneficiam a população de crianças/adolescentes da região, uma vez que qualificam as ações de saúde que devem ser reproduzidas nos serviços bem como indicando fragilidades que necessitem de investimentos para uma promoção a saúde mais resolutiva.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Redes de Atenção. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.



## ABSTRACT

### ASSESSMENT OF ATTRIBUTES ATTENTION COORDINATION, FAMILY AND COMMUNITY ORIENTATION IN PRIMARY HEALTH CARE: PERSPECTIVE OF CHILDREN/ADOLESCENT CAREGIVERS

**AUTHOR:** Aline Tatsch Neves  
**ADVISOR:** Teresinha Heck Weiller  
**CO-ADVISOR:** Laís Mara Caetano da Silva

Primary Health Care (PHC), since the 1960s, has been adopted by several countries as a model, aiming to expand and effect the population's access to the health system. This care model seeks to transform the individual, hospital and curative approach, traditionally instituted in national health systems, to a more collective, preventive, territorialized and democratic approach. The evaluation process must be built to provide for the inclusion of individuals outside the system, identifying possible exclusions and compensating for existing differences, observing the principles provided for in the 1988 Federal Constitution that guides the precepts of integrality, universality and social control. In addition, it also guarantees the return to health teams, managers, politicians and the community through effective actions and interventions.

**Objective:** This study aims to evaluate the attributes of Coordination of Care and Family and Community Orientation from the perspective of caregivers of children / adolescents in Primary Health Care services that are part of a health region in the south of Brazil. **Method:** This is a quantitative, descriptive cross-sectional survey. Data collection occurred through the application of the PCATool instrument - child version to 1081 child caregiver users of PHC in the 32 municipalities of 4<sup>a</sup>CRS / RS from January 2018 to November 2019. The institution's Ethics Committee under number of protocol 34137314.4.0000.5346. approved the project: **Results:** As for the profile of users, it was identified that the majority were female 93.89%, 65.49% of these were family health strategies, 42.09% were married; 80.67% have only the Unified Health System as access to health, two children per family with 31.14%, 50.42% declared themselves to be white and 68.84% do not have formal employment. As for the score of the attribute integration of care, it was founded that it is present with a score of 7.40 in the health services visited. The information systems attribute received a score of 7.75 and the attribute derived from family and community orientation are not present in the services visited, with a negative score of 6.18 and 5.30, respectively. **Conclusion:** Studies like this one on the evaluation of health services benefit the population of children in the region, since they qualify the health actions that must be reproduced in the services, as well as indicating weaknesses that need investments to promote resolute health promotion.

**Keywords:** Primary Health Care. Child Health. Attention Networks. Unified Health System. Nursing.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Municípios que integram a 4ª CRS/RS. Santa Maria/RS, 2020 .....	30
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral .....	311
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico de cuidadores de crianças/adolescentes atendidas na Atenção Primária à Saúde da 4ªCRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.....	35
Tabela 3 - Escores da “Integração de Cuidado” (E) segundo usuários cuidadores de crianças/adolescentes atendidas na 4ªCRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.....	36
Tabela 4 - Escores do “Sistemas de Informação” (F) segundo usuários cuidadores de crianças/adolescentes atendidas na APS da 4ªCRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.....	37
Tabela 5 - Escores da “Orientação Familiar” (I), segundo pais e/ou cuidadores de crianças/adolescentes atendidas na APS da 4ªCRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.....	38
Tabela 6 - Escores da Orientação Comunitária (J), segundo pais e/ou cuidadores de crianças/adolescentes atendidas na APS da . Santa Maria/RS, 2019 .....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

4ª CRS/RS - 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

AB - Atenção Básica

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

APS - Atenção Primária em Saúde

CGSCAM - Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

CIR - Comissão de Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CPMI - Coordenação de Proteção Materno-Infantil

DNCr - Divisão Nacional de Saúde da Criança

DP - Desvio padrão

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia da Saúde da Família

GASEnf - Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IRAS - Infecções Respiratórias Agudas

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PCATool - *Primary Care Assessment Tool*

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPGEnf - Programa de Pós-graduação em Enfermagem

PROSAD - Programa Saúde do Adolescente

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção em Saúde

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 OBJETIVOS .....	16
<b>1.1.1 Objetivo geral</b> .....	16
<b>1.1.2 Objetivos específicos</b> .....	16
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	17
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE .....	21
<b>3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA</b> .....	28
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	28
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	30
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	31
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	32
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	33
<b>4 RESULTADOS</b> .....	35
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	40
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	45
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46
<b>ANEXO A – INSTRUMENTO PCATOOL-BRASIL VERSÃO CRIANÇA</b> .....	51
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b> .....	55
<b>ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	56

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), desde a década de 60 do século XX, tem sido compreendida como um modelo que visa ampliar e efetivar o acesso da população ao sistema de saúde. Trata-se de um modelo de atenção que busca superar o enfoque individual, hospitalar e curativo, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde, por uma abordagem coletiva, preventiva, territorializada e democrática (STARFIELD, 2002).

Destacando-se como o primeiro ponto de atenção da rede, a APS configura-se como um conjunto de ações que envolvem a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, as quais devem chegar ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (FERREIRA et al., 2016).

Uma APS orientada constitui-se a partir da presença de atributos essenciais e derivados. São atributos essenciais o acesso de primeiro contato (acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema); a longitudinalidade (pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção e seu uso ao longo do tempo); a integralidade (implica no leque de serviços disponíveis e prestados e nas ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral); e a coordenação da atenção (pressupõe alguma forma de continuidade da atenção, além do reconhecimento de problemas e serviços para o atendimento das necessidades atuais). Ainda, se apresentam como atributos derivados a orientação familiar (considera o contexto familiar na atenção integral); a orientação comunitária (reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade); e competência cultural (envolve a atenção às características culturais especiais) (STARFIELD; XU; SHI, 2001; STARFIELD, 2002).

Tais atributos podem ser avaliados individualmente, no entanto, se apresentam interrelacionados na prática assistencial, individual ou coletiva. Representam importantes indicadores de qualidade da APS, sendo que quanto maior a presença e a força desses atributos, mais forte é a sua orientação para a APS e seus usuários (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; STARFIELD; XU; SHI, 2001; SILVA et al., 2014).

A avaliação dos serviços de saúde, por sua vez, faz um julgamento acerca de uma intervenção, implementando o dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, buscando o envolvimento de diferentes atores envolvidos, contribuindo para que estes estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção, resultando em ações individuais ou coletivas (CHAMPAGNE et al., 2016).

Sendo a avaliação um conjunto de conhecimentos e práticas organizados e sistemáticos, a mensuração se apresenta como uma das suas características mais marcantes. Com o tempo, outras características foram agregadas à avaliação, como a descrição dos processos, o julgamento e a negociação, entretanto, estas não substituem a importância da mensuração (FURTADO, 2001).

O uso de dispositivos gerenciais tem ajudado a incorporar o monitoramento e a avaliação às práticas da gestão, pois para a gestão em saúde a avaliação da APS tem como objetivo melhorar as ações em saúde, prestar contas e produzir o conhecimento para a prática de uma saúde de qualidade na visão dos atores envolvidos, articulando os diferentes indicadores sociais, de saúde e dos serviços, proporcionando mudanças permanentes das práticas, incorporando a micropolítica, a ética, a subjetividade e os conflitos às ações locais (CARVALHO et al., 2012).

O processo de avaliação deve ser construído para prever a inclusão dos indivíduos fora do sistema, identificando possíveis exclusões e compensando diferenças existentes, observando os princípios previstos na Constituição Federal de 1988 que orienta os preceitos da integralidade, universalidade e o controle social. Garante, ainda, o retorno para as equipes de saúde, gestores e comunidade por meio de ações e intervenções efetivas (SOUSA, 2014).

A avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian (1966) é realizada a partir da tríade que utiliza aspectos referentes aos serviços de saúde por meio da estrutura, do processo e do resultado. Tendo como referência os estudos propostos por Donabedian, Starfield e colaboradores desenvolveram o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), um instrumento de avaliação que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD et al., 2002).

No Brasil, o instrumento de avaliação dos serviços de saúde foi validado por Harzheim et al. no ano de 2006 e passou a ser denominado PCATool-Brasil, em três versões: criança, adulto e profissionais (HARZHEIM et al., 2006). Cada atributo essencial é formado por um componente relacionado à estrutura, outro ao processo, e cada componente apresenta um determinado número de itens (perguntas e respostas) (BRASIL, 2010).

O uso do PCATool-Brasil possibilita a realização de pesquisas voltadas à avaliação da qualidade dos serviços de saúde executados na rede de APS, uma vez que requer comprovação e revisão dos processos de trabalho, primorando o processo de planejamento e execução das ações de atenção à saúde, assegurando o esforço contínuo em busca da saúde das pessoas (HARZHEIM et al., 2010).



As definições de avaliação em saúde são abrangentes, porém, ajudam a compreender que estas orientar as mudanças necessárias a uma dada intervenção, pois permite identificar o envolvimento de todos os atores no processo avaliativo e, mais especificamente, na definição dos critérios de julgamento, além de aproximar as diferentes concepções de qualidade em saúde (CHAMPAGNE et al., 2016).

Dessa forma, a avaliação evidencia-se como ferramenta de gestão e de suporte para a consolidação do SUS, considerando que o processo de avaliação contínuo fortalece e desenvolve a qualificação técnica na adoção de ações de monitoramento e avaliação pertinentes ao planejamento e à gestão. Esta também funciona como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório, bem como, formação dos sujeitos envolvidos (CARVALHO et al., 2012).

Sendo assim, avaliar vai além da necessidade de combinar instrumentos, requer a pactuação do objeto e dos objetivos desse processo, configurando-se como uma atividade negociada entre os diferentes atores do sistema de saúde. Sem essa ideia sobre avaliação, é difícil desenvolver qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e implicada com a mudança em direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A APS mostra-se um espaço estratégico para o exercício da gestão e avaliação em saúde e, na definição de Starfield (2002), representa o primeiro contato na Rede de Atenção à Saúde (RAS) dentro do sistema de saúde. Esta caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, pela coordenação da assistência dentro do próprio sistema, pela atenção centrada na família, pela orientação e participação comunitária e pela competência cultural dos profissionais (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Ressalta-se que só haverá APS de qualidade quando seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade. Estudos apresentam evidências consistentes para a associação entre maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde. Em consonância a essa realidade e no âmbito da saúde da criança, os serviços orientados à APS seriam capazes de reduzir as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), contribuindo para a redução do índice de internações na área da saúde infantil, fato que ainda não é observado no contexto brasileiro, cujas principais causas de internações pediátricas são decorrentes das CSAP, incluindo doenças respiratórias e gastrointestinais (BRASIL, 2005).

Neste estudo apresentar-se-á os resultados referentes à aplicação do PCATool-Brasil-versão criança. A atenção integral à saúde da criança é favorecida pela organização em linhas

de cuidado como a continuação do cuidado, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, até as medidas de tratamento, cuidado e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, com referência e contrarreferência eficazes para uma maior resolutividade (BRASIL, 2005).

Justifica-se este estudo pela necessidade de, a partir da avaliação dos serviços, possibilitar o planejamento e a organização de ações mais efetivas, com vistas ao cuidado integral em saúde, que seja humanizado e resulte em uma melhor qualidade de vida da população. Cabe destacar que esta temática integra a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde que preconiza ações na área da pesquisa da saúde da criança tais como: - Análise do perfil de acesso aos serviços de saúde, de educação e assistência social para crianças de 0 a 5 anos; -Desenvolvimento e/ou avaliação de instrumentos de monitoramento do desenvolvimento infantil no Brasil (BRASIL, 2018). E ainda contribuir para o Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf), vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Assim, este estudo teve como **questão de pesquisa:** como são avaliados os atributos Coordenação da Atenção e Orientação Familiar e Comunitária, segundo a perspectiva dos cuidadores de crianças/adolescentes na APS de municípios de uma região de saúde do sul do Brasil?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Avaliar os atributos Coordenação da Atenção e Orientação Familiar e Comunitária segundo a perspectiva de cuidadores de crianças/adolescentes em serviços de Atenção Primária à Saúde que integram uma região de saúde do sul do Brasil.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Medir a presença e a extensão dos atributos Coordenação da Atenção, Orientação Familiar e Orientação Comunitária;
- Analisar a prevalência e os fatores associados à presença destes atributos em serviços de Atenção Primária à Saúde.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Relatório Dawson de 1920, formulado na Grã-Bretanha, é considerado o documento precursor da APS, tendo em vista que utiliza o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade (centros de saúde primária, centros de saúde secundários e hospitais escolas), em um território definido. As suas concepções influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948 que, por sua vez, orientou a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (STARFIELD, 2002; LAVRAS, 2011).

A Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, apresenta a APS como uma atenção essencial à saúde, baseada em tecnologias e em métodos práticos comprovados cientificamente e universalmente acessíveis. A APS é considerada como integrante do sistema de saúde, apresentando enfoque no desenvolvimento social e econômico da comunidade, se apresentando como o primeiro nível de contato entre a comunidade e o sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Esta conferência foi um acontecimento importante para estimular os países a construir sistemas de saúde orientados pela APS, no entanto, ainda são poucos os que têm seus sistemas orientados para este modelo de atenção em saúde (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) compreende a APS como o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada neste sistema para todas as novas necessidades e problemas, ofertando atenção para todas as condições (exceto as raras ou incomuns) no decorrer do tempo, coordenando e integrando a atenção fornecida como um conjunto de funções que, quando combinadas, fazem parte estritamente da APS.

Assim, emergem elementos essenciais da APS como saneamento básico, prevenção de endemias, programa materno infantil, entre outros elementos que apontam a saúde como direito humano. Em 1979, na Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, foram elaborados os componentes da APS, propondo como meta mundial “Saúde para todos no ano 2000”, tendo como modelo de atenção a APS (STARFIELD, 2002).

No Brasil, no decorrer do último século, emergiram movimentos voltados a estruturação do sistema de saúde. O marco histórico foi o movimento da reforma sanitária, na década de 1970, que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, oportunidade na qual foram lançados os princípios da Reforma Sanitária, discutindo-se um

novo modelo de saúde para o Brasil, cujas propostas foram defendidas na Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases teóricas para a criação do SUS, sustentada nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional só foi possível após longa luta social e política (PAIM et al., 2011).

No Brasil, a APS alinha-se aos princípios do SUS e foi operacionalizada a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, como reorientadora da APS. A partir de 1996, o Ministério da Saúde (MS) começou a romper com o conceito de Programa, reforçando a ideia de Estratégia de Saúde da Família (ESF), reconhecendo-a como modelo orientador para a APS no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005).

A ESF tem sido adotada no país como política prioritária para a reorientação da APS nas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), priorizando a implementação de intervenções voltadas a promoção da saúde e prevenção de agravos (MOURA et al., 2010).

Dessa forma, APS é um dos elementos essenciais para alcançar a universalidade da saúde com qualidade, tendo em vista que para estruturar um sistema de saúde eficiente, efetivo e equânime é necessário uma que este se fortaleça. Caso contrário, a universalidade torna-se um termo cada vez mais distante, pois uma APS qualificada tem a capacidade de ofertar acesso às ações e serviços de saúde para indivíduos, família e comunidade sem distinções, em consonância às demandas da população nas diferentes fases da vida (ANDERSON et al., 2016)

Para a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a APS configura-se como uma estratégia voltada a reorganização dos sistemas de saúde, de modo a possibilitar o "acesso universal aos serviços" e a "atenção integral e integrada ao longo do tempo" (OPAS, 2007). Para Starfield (2002), a APS constitui a base e determina as ações dos demais serviços de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, sejam eles básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Desse modo, a APS assegura ao usuário a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo uma atenção individualizada no decorrer do tempo.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação de Atenção Básica (AB) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A AB, nesse contexto, é definida como um conjunto de ações de saúde que envolvem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Compreende o exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em

equipe, que são dirigidas a populações de territórios delimitados e pelas quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, capazes de resolver os problemas de saúde mais frequentes e relevantes. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, do vínculo, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Para Mendes (2002), a APS deve cumprir, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), três funções: resolução, coordenação e responsabilização, para que todo sistema funcione de forma efetiva. A resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; coordenação desempenha o papel de centro de comunicação, organizando os fluxos e contrafluxos das pessoas e objetos pelos diversos pontos da RAS; e a responsabilização diz respeito a corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção.

Dessa forma, a APS pode ser definida como um conjunto de valores, incluindo o direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios que apontam para a responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros; e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010).

Considerando que este é o primeiro nível de assistência dentro do sistema e deve estar orientado por atributos essenciais, Starfield (1992) considera que a APS precisa assegurar o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, bem como a coordenação da atenção dentro do sistema; e enfatizou outras três características, também chamadas de atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Mais tarde, Starfield (2002) define cada um dos atributos:

- Primeiro contato: acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio do mesmo problema, com exceção das emergências e urgências médicas;
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A conexão entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre os usuários e o profissional de saúde;
- Integralidade: a gama de serviços disponíveis e fornecidos pela atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral,

tanto no aspecto biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas nesse nível de atenção. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, entre outros;

- Coordenação: exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/registros ou ambos), bem como a identificação de problemas abordados em outro serviço e a integração deste cuidado no cuidado global do usuário. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe;
- Atenção centrada na família (orientação familiar): conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças;
- Orientação comunitária: conhecimento do profissional sobre as demandas da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
- Competência cultural: adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

A partir dos atributos da APS propostos por Starfield (2002), é possível estabelecer estratégias de avaliação e investigação nos serviços e sistemas de saúde. Logo, a identificação dos atributos mostra-se necessária para definir um serviço orientado, bem como verificar a relação entre estes e os resultados (efetividade) da atenção à saúde da população, o que ocorre concomitantemente ao aumento da cobertura dos serviços de APS (STARFIELD, 2004).

Para Viana (2012), a avaliação da presença dos atributos da APS e do funcionamento da ESF em consonância com os princípios do SUS deve ser estruturada em todos os níveis de gestão, a fim de subsidiar ajustes necessários, principalmente por se tratar de um processo em implantação e com tendência a universalização.

Partindo das concepções da APS e seus atributos, Starfield e colaboradores (2002) construíram o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), nas versões *Child Consumer/Client Survey* e *Adult Consumer/Client Survey*, aplicáveis aos usuários para avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto respectivamente, e *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde, cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS. O PCATool possibilita a definição de escores para cada atributo, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

O instrumento segue os pressupostos de Donabedian (1966) ao considerar elementos de estrutura e processo, sendo que cada um dos atributos da APS são avaliados em ambas as dimensões. Os elementos de estrutura incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os de processo são os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde (STARFIELD; SHI, 2001).

Neste sentido, a utilização do PCATool na avaliação da APS representa uma importante iniciativa na construção de estratégias públicas de reforma de sistemas de serviços de saúde, visando uma maior efetividade e eficiência na atenção à saúde (HARZHEIM et al., 2006). Diante dos desafios de expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da APS no Brasil, é fundamental consolidar os processos de avaliação deste nível de atenção, pois, apesar de variadas iniciativas e do desejo de institucionalização, os processos de avaliação ainda não foram incorporados à rotina de trabalhadores e gestores (VIANA, 2012).

Sabe-se que a avaliação assume uma importante função na gestão. Logo, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, em especial da avaliação da APS, esta representa um objeto em movimento, sendo de responsabilidade das três esferas de governo. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático (BRASIL, 2005).

Atualmente são as políticas públicas de saúde que vem embasando o cuidado à saúde da criança buscando orientar e fortalecer e orientar as ações de assistência à criança para que esta seja ofertada de modo integral e resolutivo. No cenário nacional, desde o final da década de 1980, podemos observar transformações na área da saúde da criança com a implementação de com políticas e programas que buscam ampliar o acesso das crianças/adolescentes aos serviços de saúde e assegurando um cuidado abrangente, envolvendo a família e a comunidade onde estão inseridas (FURTADO, et al., 2018).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nos períodos que precedem o século XIX, as crianças não possuíam papel significativo na sociedade, principalmente por não apresentarem linguagem bem desenvolvida, o que prejudica sua comunicação. Por muito tempo foram consideradas adultos em miniatura, ou seja, acreditava-se que não possuíam nenhuma característica aquém dos adultos, exceto pelo seu

tamanho diminuído. Desse modo, permaneciam no círculo de convivência dos adultos, participando inclusive de jogos de azar, teatros e trabalho (ARIÈS, 1986).

No Brasil, durante o período colonial, as crianças estavam sujeitas ao sistema familiar patriarcal, e deveriam ser ícones de respeito e disciplina. Por esse motivo, eram submetidas a castigos físicos e punições, o que resultava em danos psicológicos, como a gagueira, comum entre crianças de famílias ricas ou que frequentavam as escolas religiosas. Além disso, logo ao nascerem, eram separadas de suas mães biológicas e entregues às amas de leite ou às amas secas, geralmente escravas, as quais possuíam a responsabilidade de cuidar da criança até que ela pudesse agir por si própria (RIBEIRO, 2006).

Nesse cenário, as condições de vida às quais as crianças estavam expostas eram precárias, tanto relacionadas à higiene quanto a alimentação e vestimenta, visto que estas últimas eram prioritárias aos adultos, já que eles possuíam maior relevância frente à sociedade da época. A sobrevivência das crianças era baixa e os índices de morbidade e mortalidade, elevados. Ainda, as doenças que as acometiam eram as infectocontagiosas e parasitárias, tais como sarampo, varíola, verminoses e a escabiose (SANTOS FILHO, 1991).

A despeito dos altos índices de mortalidade infantil, havia um conformismo por parte da sociedade vinculado à crença cristã de que as crianças possuíam associação com os anjos, e o fato de morrerem muito novos implicava na necessidade de serem puros e inocentes para que pudessem se juntar ao “senhor”. Além disso, havia também a ideia de que ao morrer uma criança, ela seria facilmente substituída por outra, haja vista o índice de natalidade da época (ARIÈS, 1986).

A criança passou a ser reconhecida pela sociedade como ser em desenvolvimento somente a partir do século XVIII. Nesse período, iniciou-se maior envolvimento das famílias em prol da criança, passando a prezar pela sua integridade por meio de gestos de carinho, zelo, educação e orientação (ARIÈS, 1986).

Nesse contexto, as crianças tornaram-se o centro das famílias, entretanto, no século XIX, ainda havia dificuldade por parte da sociedade em aceitar crianças nascidas fora do casamento e filhos de mães solteiras, assim, o abandono era considerado comum e aceitável. Ademais, também era comum o abandono de filhos de escravas, para que essas se tornassem amas de leite dos filhos das famílias dos senhores. A sociedade, preocupada com o destino das crianças abandonadas, desenvolveu estratégias com o objetivo de abrigá-las e cuidá-las, embora ainda em condições de higiene e alimentação precárias. Essas entidades, geralmente, estavam relacionadas à igreja e se constituíam como instituições caritativas e casas de recolhimento (MARCÍLIO, 1998).



No século XIX, a Academia Brasileira de Medicina começou a se preocupar com o bem estar das crianças e iniciou estudos que visavam compreender os motivos da mortalidade elevada. Esses estudos centralizaram discussões sobre a importância da higiene para prevenção das doenças infecciosas, da boa alimentação e apontaram os riscos oferecidos as crianças por meio do aleitamento ofertado pelas amas de leite (FREYRE, 1978).

O fortalecimento da medicina enquanto ciência, baseada em estudos e pesquisas, fez despertar no estado, recém constituído no Brasil, interesse pelo apoio para a disseminação de ideais sociais e políticos, que essa classe em ascensão poderia ofertar. Em decorrência, construiu-se um vínculo entre Estado-medicina, responsável pela ampliação de teorias, práticas e políticas que visavam à melhoria da qualidade de vida da população em geral (MACHADO et al., 1978). Os avanços resultantes da união Estado-medicina foram fortalecidos pela Constituição Federal (1988, p. 116) que estabeleceu a saúde como direito constitucional dos brasileiros, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As ações realizadas a partir dessa união, realizada no decorrer do século XX, consistiram na ampliação da rede de saneamento básico nacional, com a distribuição de água tratada a população e a implementação das redes de esgoto nas cidades e no campo. Essas medidas por si só resultaram em redução da transmissão de doenças infectocontagiosas, mas não foram somente elas que impulsionaram a redução da mortalidade infantil no país. Houve também a descoberta de medicamentos e as campanhas de imunização, que contribuíram para o tratamento e a prevenção de doenças (GURGEL et al., 2014).

Ademais, o desenvolvimento de políticas sociais e assistenciais contribuiu para a melhoria da qualidade de vida da população, principalmente em relação à alimentação, visto que as ações se dirigiam às parcelas menos favorecidas da sociedade, com impacto na renda e na redução das taxas de analfabetismo. Essa, por sua vez, resultou na redução das taxas de fecundidade, as quais contribuíram para a transição demográfica da população brasileira e para a valorização das crianças (GURGEL et al., 2014).

As políticas públicas de saúde dirigidas às crianças/adolescentes brasileiros são resultantes, em primeiro lugar, da preocupação dos proprietários das indústrias com o absentismo das mães trabalhadoras frente ao adoecimento de seus filhos. Dessa forma, em 1920 iniciaram-se as discussões acerca do aleitamento materno como estratégia para redução

da morbidade infantil (GAIVA, 2006). Houve o interesse da Sociedade Brasileira de Medicina orientar suas ações, com enfoque nas práticas higienistas, viabilizada pela associação entre Estado-medicina que impulsionou a elaboração de estratégias para redução da mortalidade infantil e a implantação de políticas públicas voltadas para esta população (FREYRE, 1978).

No Estado Novo, entre 1937 e 1945, foi instituído o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, infância e adolescência, sob responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1940, este programa passou a ser coordenado pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), o qual tinha como atribuições a realização de estudos, bem como a orientação da opinião pública acerca do problema social da maternidade, infância e adolescência, estimulando, orientando e fiscalizando órgãos públicos e privados para a proteção dessa população. Com foco em programas alimentares, educativos, de formação de pessoal e de imunização, objetivando normatizar a assistência das mães e filhos, reduzindo a mortalidade infantil por meio da resolução de demandas pontuais e agudas (BRASIL, 2011a).

Em 1953, houve a separação do MES, com a criação do MS, o qual incorporou o DNCr, extinto em 1969, seguido pela criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) em 1970. A esta foram atribuídas as ações de planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das atividades de proteção à maternidade, infância e adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Mais tarde, essa coordenação viria a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) (BRASIL, 2011a).

Em 1975, foi instituído o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com a finalidade de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade de mulheres e de crianças/adolescentes, resultando no aumento da cobertura de atendimento à mulher e à criança, com caráter preventivo. Entre as ações destacam-se as que visavam à garantia de nutrição adequada, à assistência durante a gestação, parto e puerpério, além da disseminação de informações e incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2011a). Ainda, nesse mesmo ano, foi instituída a Lei nº 6.202, que teve como princípio garantir o direito da gestante em prosseguir com os estudos no domicílio no período de três meses após o parto. Esta destina-se, sobretudo, às gestantes adolescentes, oferecendo oportunidade de continuidade da formação escolar (BRASIL, 2017a).

Em 1983, o MS, por meio da DINSAMI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que objetivou ampliar a capacidade dos serviços públicos de saúde para o atendimento resolutivo às mulheres e crianças. No ano de 1984, o PAISMC se dividiu em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e

Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), ambos integrados em busca do enfrentamento dos problemas emergentes e mais frequentes relacionados a essa população. Estes tinham como objetivo diminuir a morbimortalidade infantil e materna, por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 2011a).

O PAISC priorizava a assistência às crianças pertencentes aos grupos de risco por meio do enfrentamento às adversidades nas condições de saúde dessa população. Suas principais ações consistiram no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas, das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e as ações de imunização (BRASIL, 2011a). Em 1989, o MS oficializou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), a fim de normatizar as ações de saúde na adolescência, porém, esse programa não se efetivou de fato nas ações de saúde realizadas nos diferentes pontos de atenção (BRASIL, 1993).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), publicado em 1990, pela Lei nº 8.069, garantiu às crianças e adolescentes direitos como a proteção da integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, atribuindo à família, comunidade e Estado a obrigação de assegurar a execução desses direitos. A infância passa a compreender o período de zero a doze anos incompletos e, a adolescência, de 12 a 18 anos (PEREZ; PASSONE, 2010). Ainda com vistas aos direitos do adolescente, em 1993 foi instituída a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - Lei nº 8.742, a qual em seu artigo 203 garante o auxílio e a proteção aos adolescentes, principalmente os em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

Outro marco importante nas políticas públicas voltadas à saúde da criança foi a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) pelo MS. Estes trouxeram avanços para a saúde em geral, visto que contribuíram com a disseminação de informações e orientações por meio da aproximação e construção de vínculos com a sociedade (MENDES, 2012). Em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), o qual instituiu o alojamento conjunto nas unidades hospitalares, incentivando o aleitamento materno. Seguindo a mesma linha, o MS lançou, em 1995, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2011b).

Com a finalidade de reduzir rápida e significativamente a mortalidade infantil, em 1996, foi adotada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa ação foi resultado de um pacto entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Brasil, objetivando considerar de maneira simultânea e integrada as doenças prevalentes na infância (BRASIL et al., 2017b). Nesse mesmo ano, foi

implementada a Lei nº 9.263/96, que dispôs sobre o planejamento familiar. Ela não se destinava diretamente ao público adolescente, mas mencionava indiretamente essa população, ao garantir a saúde sexual e reprodutiva na atenção à mulher, ao homem ou ao casal, com uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 2017a).

O MS, em 2000, publicou a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru e criou o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. No mesmo ano, o Brasil assumiu a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) para reduzir a taxa de mortalidade infantil (TMI) em dois terços até o ano de 2015 (MS, 2012).

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da TMI, com vistas a proporcionar o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis, combatendo distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância.

Em 2005, o MS lançou o Marco Legal da Saúde do Adolescente, instituindo instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população, fortalecendo a garantia ao pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional (BRASIL, 2005).

Em 2006, foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, a qual visava articular a atenção à saúde de adolescentes e jovens à rede de atenção do SUS em todos os seus pontos de atenção. Essa política buscou transformar a percepção acerca dessa população no campo da saúde, apresentando uma concepção mais abrangente, que inclui a combinação de intervenções práticas, capazes de promover o desenvolvimento saudável, com um arcabouço teórico que estimulava a reflexão e a produção de novos conhecimentos (BRASIL, 2006).

Em 2007, o MS elaborou um manual destinado aos adolescentes, com o intuito de contemplá-los de forma resolutiva e participativa. Constituído por princípios e diretrizes do atendimento aos adolescentes e jovens, diagnóstico e planejamento das ações de promoção e atenção à saúde, objetivava prover orientações básicas norteadoras para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Em 2008, impulsionou-se a educação continuada dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF por meio da Rede Amamenta Brasil. Já, em 2009, instituiu-se a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, com foco na qualidade de vida das crianças, estimulando o incentivo ao desenvolvimento de suas habilidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais, por meio da oferta de cuidados ampliados, descentralizando o foco da assistência à sobrevivência (BRASIL, 2008).

Em 2010, foram aprovadas as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, as quais buscaram uma abordagem sistêmica acerca dessa população, modificando o quadro nacional de vulnerabilidade e influenciando no desenvolvimento saudável (BRASIL, 2017).

Em 2011, foi implantada a Rede Cegonha, como resposta a política das RAS instituída em 2010. A Rede Cegonha objetivava garantir segurança e qualidade da atenção à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança a segurança e o cuidado integral no nascimento, crescimento e desenvolvimento. Como estratégia complementar a Rede Cegonha, em 2013, o MS instituiu a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que integrava a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) (BRASIL, 2011).

Em 2014, foi aprovada a Portaria Interministerial nº 1.082, que instituiu as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória (BRASIL, 2017). No mesmo ano, por meio de uma pactuação ocorrida na 8ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), entre a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) e o MS, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, em vigência desde 2015, que tem como objetivo ofertar cuidado integral às crianças desde a gestação até os nove anos de idade, de modo a promover a saúde. A política também prioriza a primeira infância e as populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade infantil e o desenvolvimento saudável e de qualidade (BRASIL, 2015).

### 3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Neste capítulo será apresentado o caminho metodológico, descrevendo a caracterização do projeto matricial, o delineamento do estudo, o cenário do estudo, a população e amostra, a descrição da coleta de dados, a análise dos dados da pesquisa e as considerações éticas.

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, quantitativo, descritivo, de corte transversal. A abordagem quantitativa, para Gil (2010), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré- estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis. Chizzotti (2005) enfatiza que, neste tipo de abordagem, o pesquisador volta-se para a descrição, explicação e predição da realidade.

O estudo descritivo, segundo Chizzotti (2005), é a descrição de características já conhecidas, que compõem e constituem situações factuais e representações da realidade. O objetivo consiste em apresentar descritivamente as características do universo pesquisado, tendo em vista a possibilidade de melhor entender seu funcionamento.

Para Pereira (2013), no estudo transversal as observações e mensurações das variáveis de interesse são realizadas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento, escolhido pelo investigador (coleta de dados).

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A atenção à saúde no SUS organiza-se em 436 regiões de saúde no país. Estas, por sua vez, são definidas como espaços geográficos contínuos compostos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados. Objetiva integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). No RS, a Secretaria Estadual de Saúde organiza estas regiões em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

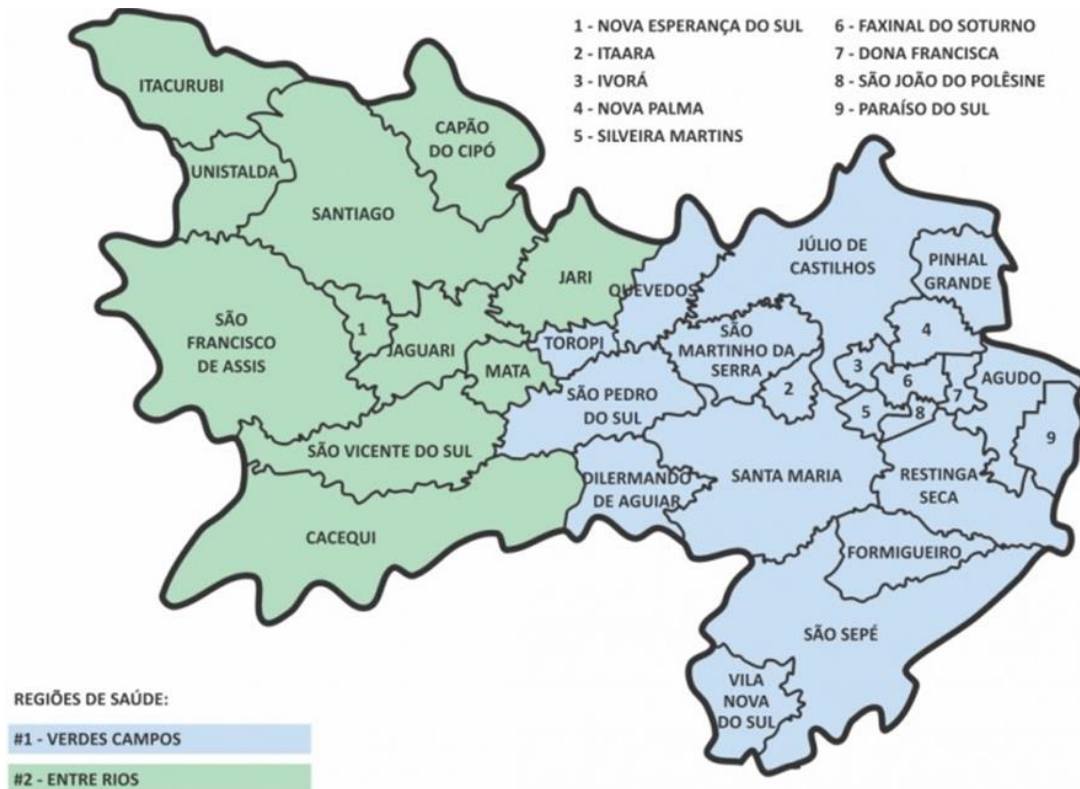
O cenário do estudo foi constituido pelos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, os quais mantêm afinidade com o perfil de municípios e regiões de saúde presentes não somente no âmbito estadual, como também nacional,

totalizando 32 municípios. O território de abrangência da 4ª CRS/RS localiza-se na região central do Estado do RS, abrangendo 32 municípios (Figura 1), e possuindo duas regiões de saúde denominadas Verdes Campos e Entre Rios. A sede da 4ª CRS/RS localiza-se em Santa Maria/RS, (Verdes Campos), a 286 km da capital, Porto Alegre. A população residente nesta regional, no ano de 2012, aproximava-se aos 542.357 mil habitantes (BRASIL, 2012). O cenário de saúde corresponde a 148 unidades de saúde conforme levantamento via Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014).

A Região Verdes Campos, por sua vez, é constituída por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes (BRASIL, 2017). Os municípios integrantes da referida região são: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João do Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul. A região conta com 101 unidades, distribuídas em 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 61 Estratégias de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2014a).

A Região Entre-Rios é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes (IBGE, 2011). Esta conta com 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. Fazem parte dessa região 47 unidades de APS, sendo 20 UBS e 27 ESF (BRASIL, 2014a).

Figura 1 - Municípios que integram a 4ª CRS/RS. Santa Maria/RS, 2020



Fonte: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo constituiu-se pelos pais e/ou cuidadores de crianças/adolescentes atendidas na APS, residentes nos cenários do estudo. Para o cálculo amostral, procedeu-se a amostragem não probabilística por conveniência. Para que fosse possível realizar inferências de forma representativa, utilizou-se a fórmula a seguir, para o cálculo da representatividade conforme segue:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

n = amostra

N = População  $\geq$  18 anos

$Z(\alpha/2) = 1,96$  (Valor tabelado – Distribuição normal padrão)

p = percentual estimado

q = 1 – p (complemento de p)

e = erro amostral

$\alpha = 0,05$  (nível de significância)



A distribuição da amostra entrevistada, segundo os municípios, é apresentada na tabela a seguir (Tabela 1):

Tabela 1 – Distribuição da representatividade amostral por municípios da 4ª CRS/RS incluídos no estudo. Santa Maria – RS, 2020.

<b>Município</b>	<b>Pop. Total</b>	<b>Pop. ≥18 anos</b>	<b>Amostra</b>
Santa Maria	274.838	198.768	513
Quevedos	2.812	2.011	6
Júlio de Castilhos	20.074	14.009	43
Pinhal Grande	4.568	3.211	10
Toropi	2.997	2.300	5
São Martinho da Serra	3.305	2.442	6
Nova Palma	6.579	4.754	12
São Pedro do Sul	16.802	12.488	30
Itaara	5.299	3.711	11
Ivorá	2.149	1.652	4
Faxinal do Soturno	6.870	5.077	13
Dona Francisca	3.397	2.497	7
Silveira Martins	2.491	1.910	4
São João do Polêsine	2.654	2.037	5
Agudo	17.140	12.631	46
Dilermando de Aguiar	3.140	2.266	6
Restinga Seca	16.345	11.912	31
Paraíso do Sul	7.632	5.666	14
Formigueiro	7.119	5.273	14
São Sepé	24.448	17.816	46
Vila Nova do Sul	4.362	3.151	9
Santiago	49.071	36.935	96
Itacurubi	3.441	2.487	8
Unistalda	2.450	1.789	5
Capão do Cipó	3.104	2.252	7
São Francisco de Assis	19.254	14.480	37
Cacequi	13.685	9.012	29
São Vicente do Sul	8.771	6.136	18
Nova Esperança do Sul	4.671	2.540	9
Jaguari	11.478	9.005	20
Jari	3.441	2.664	7
Mata	5.111	3.859	10
<b>TOTAL</b>	<b>559.498</b>	<b>406.741</b>	<b>1.081</b>

Adotou-se como critérios de inclusão pais e/ou responsáveis por crianças e/ou adolescentes, usuários do serviço de APS, com idade inferior a 18 anos na data da coleta de dados. Foram excluídos do estudo usuários que estavam acessando o serviço pela primeira vez e aqueles com dificuldades cognitivas para responder ao instrumento.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Este estudo integra 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)” que objetivou avaliar a Atenção Básica na 4ª CRS /RS. O estudo em tela avaliou os atributos coordenação da atenção, orientações familiar e comunitária da versão criança do PCATool – Brasil.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação PCATool – Brasil versão criança (ANEXO A) em todos os municípios que integram a 4ª CRS/RS no período de janeiro de 2018 a novembro de 2019. A coleta de dados foi realizada por estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem e por mestrandos e doutorandos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da UFSM. Estes foram capacitados para o processo de coleta de dados, no qual utilizou-se Tablets com o *software* Epi Info® 7.0, que continha um questionário socioeconômico para caracterização dos participantes e o instrumento PCATool – Brasil versão criança. Além disso, um kit, contendo a versão impressa do Manual PCATool – Brasil versão criança; um mapa da 4ª CRS/RS; o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa autorizando a coleta de dados; a tabela com o cálculo amostral e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficava em posse de cada responsável pela coleta(ANEXO B).

Os pesquisadores deslocaram-se até os municípios que compunham os cenários do estudo e permaneciam nas unidades de saúde, oportunidade na qual era realizada a identificação e captação dos participantes conforme critérios de inclusão. As entrevistas foram realizadas em locais acordados previamente, respeitando a privacidade dos participantes nos os espaços disponibilizados pelas unidades de saúde e nas residências, conforme a escolha do participante. Após a leitura e assinatura do TCLE, dava-se início a entrevista que teve duração média de 20 minutos. Este procedimento repetiu-se em todos os municípios, até o alcance da amostra calculada.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do programa STATA® (*Data Analysis and Statistical Software*), oportunidade na qual foi calculada a frequência simples das variáveis de interesse, sendo comparadas por meio do teste  $\chi^2$  de Pearson ou teste exato de Fisher que tem como objetivo testar se a variável da linha e a variável da coluna são independentes. Foram considerados como resultados estatisticamente significantes aqueles que apresentavam valor  $p < 0,05$ . Os resultados obtidos foram organizados em tabelas, gráficos ou descritos, com o intuito de facilitar a interpretação. As variáveis incluídas na análise foram aquelas presentes no PCATool – Brasil versão criança (ANEXO A). A interpretação dos dados ocorreu a partir dos

referenciais que fundamentam o estudo - Redes de Atenção à Saúde, Avaliação dos atributos da APS - e outros estudos desenvolvidos por pesquisadores que sejam relacionados à temática desta pesquisa.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo compõe o projeto matricial intitulado “PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”. O projeto teve financiamento por meio do Edital Universal 2014/1, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Os preceitos éticos foram baseados na Resolução nº 466/2012, que versa sobre as pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012).

O projeto matricial foi submetido à apreciação dos gestores da 4ªCRS/RS para a obtenção da autorização institucional e realização da pesquisa nos 32 municípios. A submissão ocorreu mediante carta de apresentação do pesquisador à instituição. Posteriormente, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa da UFSM, obtendo a aprovação sob o número do CAAE 34137314.4.0000.5346 (ANEXO B) juntamente com o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE A). A pesquisa ocorreu mediante leitura e assinatura pelos participantes de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Logo após foi realizada a entrevista dos participantes através do instrumento PCATool - Brasil versão criança (ANEXO A)

Ressalta-se, quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o respeito à dignidade e autonomia dos indivíduos, garantindo a ponderação entre riscos e benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Será assegurado também que danos previsíveis sejam evitados.

Os benefícios desta pesquisa foram indiretos aos participantes e incluíram momentos de reflexão acerca da avaliação da assistência à saúde das crianças/adolescentes e sobre a coordenação na APS, o que pode apontar estratégias para seu fortalecimento, assim como das potencialidades e necessidades em avaliação da APS a partir da percepção de pais/e ou cuidadores de crianças/adolescentes.

A pesquisa apresentou riscos mínimos relacionados a possibilidade dos participantes apresentarem inquietude ou ansiedade ou remetê-los para vivências do cotidiano do atendimento à saúde de seus filhos. Caso fosse identificado entre os participantes desconforto ou sofrimento durante o relato das vivências, esta seria imediatamente interrompida e eles poderiam optar por deixar de participar da pesquisa, caso desejassem. Os participantes tiveram ciência de que sua participação foi voluntária e que não receberiam nenhum benefício financeiro. Ficou, também, garantido o direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

A autonomia foi assegurada aos participantes, que receberam as informações, oportunidade na qual foi solicitada a sua colaboração, cabendo a ele decidir participar ou não. A privacidade foi garantida por meio do sigilo e do anonimato dos participantes. A não maleficência foi observada, uma vez que não foi causado dano intencional aos participantes e danos previsíveis foram evitados dentro do possível. A beneficência foi integrante desta pesquisa em todos os momentos, tendo em vista a busca pela ação em benefício aos participantes e aos serviços de saúde com relação à temática da pesquisa. A justiça foi respeitada e todos os participantes ou desistentes foram tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia, sendo assegurado o bem estar das pessoas que aceitaram participar da pesquisa.

Os instrumentos de coleta de dados foram armazenados em HD externo que contém a tabulação dos dados, o qual está sob responsabilidade da professora Dr<sup>a</sup>. Teresinha Heck Weiller na sala 1308 do prédio 26A do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, onde serão guardados por um período de cinco anos e serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente estudo, após, serão deletados.

A divulgação dos resultados da pesquisa para o serviço ocorrerá por meio de um seminário junto à reunião de Comissão de Intergestores Regional (CIR) da 4<sup>a</sup> CRS, realizada mensalmente quando o projeto matricial estiver finalizado. Será disponibilizado um material com os resultados para cada representante município. No meio acadêmico, a divulgação dos resultados se dará por meio de publicações científicas que contemplem os resultados da pesquisa.

## 4 RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados dados relativos à caracterização dos usuários participantes do estudo bem como as tabelas com os escores dos atributos avaliados.

Participaram do estudo 1081 usuários pais e/ou cuidadores de criança atendidas pela APS dos 32 municípios da 4ªCRS/RS. As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico de usuários cuidadores de crianças/adolescentes atendidos na Atenção Primária à Saúde da 4ªCRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de serviço de saúde</b>		
ESF	708	65,49
UBS	130	12,03
Mista	185	17,11
Não Respondeu	58	5,37
<b>Sexo</b>		
Feminino	1015	93,89
Masculino	52	4,81
Outro	06	0,56
Não Respondeu	08	0,74
<b>Situação Conjugal</b>		
Casado	455	42,09
Divorciado	59	05,46
Solteiro	201	18,59
União Estável	244	22,57
Viúvo	30	02,78
Outro	46	04,26
Não Respondeu	46	04,26
<b>Etnia</b>		
Branco	545	50,42
Amarelo	07	0,65
Indígena	06	0,56
Negro	161	14,89
Pardo	240	22,20
Não Respondeu	106	09,81
Não Sabe	16	01,48
<b>Formação</b>		
Fundamental Completo	170	15,73
Fundamental Incompleto	352	32,56
Ensino Médio Completo	287	26,55
Ensino Médio Incompleto	135	12,49
Superior Completo	36	03,33
Superior Incompleto	34	03,15
Não Sabe	09	0,83
Não Respondeu	55	05,09
Outro	03	0,28
<b>Plano de Saúde</b>		
Sim	209	19,33
Não	872	80,67
<b>Número de Filhos</b>		
Nenhum	10	0,93
01	331	30,68
02	336	31,14

Variáveis	n	%
03	215	19,93
04	97	08,99
05	89	08,25
06 ou mais	01	0,09
<b>Está Trabalhando</b>		
Sim	316	31,16
Não	698	68,84

Fonte: autor.

Quanto a caracterização dos usuários, identificou-se que a maioria era do sexo feminino, com 1015 (93,89%) dos usuários entrevistados. Em relação ao tipo de unidades de saúde, 708 (65,49%) destes eram provenientes de ESF. Com relação à situação conjugal, 455 (42,09%) eram casados. Quanto aos planos privados de saúde, 872 (80,67%) referiram não o possuía. No que se refere ao número de filhos, predominou o número de dois filhos por família, com 336 (31,14%). Dos entrevistados, 545 (50,42%) se autodeclararam brancos, e 698 (68,84%) não tinham emprego formal. Dos 1.081 cuidadores com filhos,  $x=3,4$  filhos; DP+ 1,67 filhos.

Em relação aos escores dos indicadores e Índices Compostos de Coordenação da Atenção – Integração de Cuidados e Sistemas de Informação, foi possível identificar que 734 (67,90%) das crianças/adolescentes atendidos nos serviços de APS não foram encaminhadas para especialistas ou serviços especializados, ao passo que 298 (27,57%) o foram. Os demais respondentes não lembravam ou não responderam ao item.

Em relação aos escores dos indicadores e Índices Compostos de Coordenação da Atenção – Integração de Cuidados apresenta-se a Tabela 3:

Tabela 3 - Escores da “Integração de Cuidado” segundo usuários cuidadores de crianças/adolescentes atendidos na 4ªCRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.

Indicadores (n)	Percentual*				Descritiva dos Escores	
	1	2	3	4	Média Geral	D. Padrão
<b>Integração de Cuidados (E)</b>					7,40	2,792
E 2-O serviço sugeriu a consulta com o especialista? (317)	20,50	2,21	2,84	74,45	3,12	1,222
E 3-O serviço tem conhecimento sobre a consulta com o especialista? (308)	16,23	5,52	7,79	70,45	<u>3,32</u>	<u>1,143</u>
E 4-O serviço sabe dos resultados desta consulta com o especialista? (310)	26,77	4,52	6,13	62,58	3,04	1,321
E 5-Alguém do serviço conversou contigo sobre o que aconteceu na consulta? (313)	36,10	4,79	6,07	53,04	2,76	1,404

Indicadores (n)	Percentual*				Descritiva dos Escores	
	1	2	3	4	Média Geral	D. Padrão
E 6-Alguém do serviço pareceu interessado na qualidade do atendimento do especialista? (311)	22,83	16,40		6,75	54,02	2,92 1,271

\* 1 = Com certeza sim; 2 = Provavelmente sim; 3 = Provavelmente não; 4 = Com certeza não

Para escores positivos aparecem as médias gerais maiores que 6,66.

Fonte: Próprio estudo, 2020.

Quanto a integração do cuidado, pode se perceber que o atributo está presente, com  $x=7,40$  nos serviços de saúde visitados. Quanto aos resultados mais significativos, para (74,45%) foi o serviço que sugeriu a consulta com o especialista e, para (70,45%) dos participantes, o serviço ficou sabendo da consulta realizada com o especialista ou serviço especializado, ao passo que (62,58%) informaram o profissional de saúde do serviço de APS ficou sabendo dos resultados da consulta.

Em relação aos escores dos indicadores e Índices Compostos de Coordenação da Atenção – Integração de Cuidados e Sistemas de Informação, apresenta-se a Tabela 4:

Tabela 4 - Escores do “Sistemas de Informação” segundo usuários cuidadores de crianças/adolescentes atendidos na APS da 4<sup>a</sup>CRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.

Indicadores (n)	Percentual*				Descritiva dos Escores	
	1	2	3	4	Média Geral	D. Padrão
<b>Sistemas de Informação (F) (881)</b>					7,75	1,935
F 1-Quando você leva a criança ao serviço leva algum registro de saúde? (912)	8,33	6,14	8,55	76,97	3,54	0,934
F 2-O prontuário está disponível na consulta? (880)	3,30	1,02	11,25	84,43	<u>3,77</u>	<u>0,629</u>
F 3-Você poderia ler o prontuário? (754)	19,97	14,43	36,74	29,84	2,77	1,073

\* 1 = Com certeza sim; 2 = Provavelmente sim; 3 = Provavelmente não; 4 = Com certeza não

Para escores positivos aparecem as médias gerais maiores que 6,66.

Fonte: Próprio estudo, 2020.

Pode-se identificar que o atributo “sistemas de informação” recebeu o escore de 7,75, o que demonstra que, para (84,43%) dos pais e/ou cuidadores, o prontuário da criança estava disponível para o profissional de saúde durante a consulta no serviço de saúde, o que contribui para o acesso à informação relacionada a saúde da criança.

Ao tratar dos escores dos indicadores e Índices Compostos de Orientação Familiar, apresenta-se a Tabela 5:

Tabela 5 - Escores da “Orientação Familiar”, segundo usuários cuidadores de crianças/adolescentes atendidos na APS da 4ªCRS/RS. Santa Maria/RS, 2020.

Indicadores (n)	Percentual*				Descritiva dos Escores	
	1	2	3	4	Média Geral	D. Padrão
<b>Orientação Familiar (I) (966)</b>					- 6,18	2,769
I 1-O serviço pergunta sobre suas ideias e opiniões quanto ao tratamento e cuidado da criança? (969)	47,16	5,16	12,18	35,50	2,36	1,373
I 2-O serviço já perguntou sobre doenças hereditárias na família da criança? (943)	31,28	2,44	5,83	60,45	2,95	1,371
I 3-O serviço se reuniria com outros membros da sua família? (882)	13,04	15,08	33,22	38,66	<u>2,97</u>	<u>1,029</u>

\* 1 = Com certeza sim; 2 = Provavelmente sim; 3 = Provavelmente não; 4 = Com certeza não  
Para escores positivos aparecem as médias gerais maiores que 6,66.  
Fonte: Próprio estudo, 2020.

Observou-se na tabela 5 que o atributo derivado da orientação familiar está presente nos serviços visitados, haja vista o escore de - 6,18. Ainda, destaca-se que a ausência de questionamento aos pais e/ou responsáveis acerca da presença de doença hereditária na família é a maior responsável por essa fragilidade, tendo em vista que x(60,45%) respondeu que tal ação não ocorre no cenário estudado.

A seguir, são apresentados os resultados com os escores dos indicadores e Índices Compostos da Orientação Comunitária (Tabela 6):

Tabela 6 - Escores da Orientação Comunitária, segundo usuários cuidadores de crianças/adolescentes atendidos na APS da . Santa Maria/RS, 2019

Indicadores (n)	Percentual*				Descritiva dos Escores	
	1	2	3	4	Média Geral	D. Padrão
<b>Orientação Comunitária (J) (977)</b>					5,30	2,443
J 1-Alguém do serviço faz visitas domiciliares na sua casa? (1004)	40,04	3,39	5,58	51,00	2,67	1,429
J 2-O serviço de saúde conhece os problemas de saúde mais importantes da vizinhança? (921)	15,31	10,53	39,41	34,74	<u>2,94</u>	<u>1,031</u>
J 3-O serviço faz pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde? (903)	45,29	7,86	21,15	25,68	2,27	1,272



Indicadores (n)	Percentual*				Descritiva dos Escores	
	1	2	3	4	Média Geral	D. Padrão
J 4-O serviço convida os membros da família para participar do Conselho Local de Saúde? (978)	75,46	3,48	3,89	17,18	1,63	1,159

\* 1 = Com certeza sim; 2 = Provavelmente sim; 3 = Provavelmente não; 4 = Com certeza não

Para escores positivos aparecem as médias gerais maiores que 6,66.

Fonte: Próprio estudo, 2020.

A orientação comunitária, por sua vez, apresenta escore de -5,30, o que se deve ao baixo índice de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde dos serviços de APS da 4ª CRS/RS. Ainda, a avaliação dos pais e/ou responsáveis pelas crianças/adolescentes atendidas nesses serviços foi ruim em relação ao conhecimento dos serviços sobre os principais problemas de saúde da comunidade, com (34,74%).

A seguir, os resultados apresentados na presente seção serão confrontados com a literatura disponível acerca do tema.

## 5 DISCUSSÃO

Dentre os usuários participantes do estudo, as mulheres foram predominantes enquanto cuidadores das crianças/adolescentes, totalizando 1015 (93,89%) dos entrevistados. Este dado vem ao encontro da literatura, evidenciando a histórica e cultural tradição da mulher em assumir a responsabilidade pelo cuidado nas famílias (MOZZAQUATRO, 2016). Estudo de Barros (2017) reforça tal achado, ao trazer que a divisão de gênero e cuidado entre os familiares está relacionada com a vivência da maternidade, designando o cuidado da família às mulheres. O mesmo estudo traz que, apesar das novas configurações familiares, permanece a diferença dos papéis adotados por homens e mulheres, principalmente nas famílias com menor poder aquisitivo, realidade na qual o homem se envolve, predominantemente, em atividades voltadas ao sustento da família.

Quanto aos serviços de saúde utilizados pelas famílias entrevistadas, 872 (80,67%) referiu depender exclusivamente do SUS. Estudo realizado por Freitas et al. (2019) reforça o resultado evidenciado nesta pesquisa, demonstrando a importância do acesso universal aos cuidados de saúde garantidos pelo SUS. Ainda, 698 (68,84%) dos entrevistados não possuíam emprego formal, sinalizando uma maior vulnerabilidade social e econômica, expressa pela utilização recorrente do serviço de saúde público como fonte de atenção às crianças (FREITAS et al. 2019).

Identificou-se que 336 (31,14%) das famílias tinham dois filhos. Tal resultado corrobora com as informações apresentadas no Censo Demográfico de 2010, no qual a média brasileira de filhos por mulher ao final do período fértil era de 1,9 filho, número 69,2% menor frente a 1940, momento histórico no qual a média era de 6,2 filhos (IBGE, 2012).

Ao tratar do grau de escolaridade da população entrevistada, o ensino fundamental incompleto e o ensino médio completo corresponderam ao maior percentual de respostas, o que coaduna com o estudo de BARROS et al. (2017), o qual demonstra menor escolaridade entre os participantes e evidencia ainda o baixo percentual de cuidadores com ensino superior, características semelhantes a apresentadas pelo presente estudo, o que reforça o pequeno acesso dessa população à formação superior.

O atributo Coordenação da Atenção permitiu inferir que os familiares/cuidadores percebiam aspectos positivos da assistência prestada no serviço como fonte regular da atenção, principalmente em função do maior contato com os profissionais deste serviço, o que demonstra que o serviço especializado vem se dedicando ao atendimento dos participantes, resultado semelhante ao estudo de Silva et al. (2016), realizado em um serviço ambulatorial especializado

para o atendimento de crianças e adolescentes com HIV, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

A Coordenação da Atenção apresentou escores positivos, o que permite inferir que tal atributo está contemplado na 4ª CRS/RS. É amplamente reconhecida a importância da coordenação do cuidado, tendo em vista que esta promove melhorias na qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde, reduzindo as barreiras de acesso aos serviços dos diferentes pontos da rede, integrando ações e serviços em um determinado território. Estudo realizado em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, demonstra que, quanto maior o envolvimento de pessoas e serviços no cuidado e maior for a complexidade da intervenção para a resolução de um determinado problema, maior será o nível de coordenação necessário para o alcance do resultado desejado (SILVA et al. 2016)

Estudo de Almeida (2018) destaca a importância da APS na organização dos sistemas de saúde. Como ordenadora e coordenadora do cuidado no cenário brasileiro, a estruturação da ESF pôs em evidência o desafio do fortalecimento da APS na perspectiva das RAS, destacando a coordenação do cuidado como um atributo fundamental e eixo promotor da integração e organização dos sistemas de saúde.

Estudo de Silva et al. (2013) traz informações que corroboram com o presente estudo ao trazer que, quando a coordenação do cuidado está presente nos serviços de saúde, esta tende a envolver e capacitar seus membros de forma competente, efetiva e satisfatória. Uma equipe preparada acolhe e apresenta soluções para seus problemas de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Sendo assim, o menor tempo de espera dos usuários, a agilidade na atenção à saúde e a disponibilidade de tecnologias possibilitam reorganizar as práticas de saúde voltadas à atenção integral à saúde da criança.

O atributo Coordenação do Cuidado é considerado como pilar na estrutura da APS por garantir a continuidade do cuidado, seja por meio do atendimento realizado pelo mesmo profissional nas consultas ou pelo (re)conhecimento de problemas de saúde identificados em outros serviços, realizando a integração entre eles. Estudo de Gontijo et al. (2017) traz que, sem uma coordenação efetiva, atributos como a longitudinalidade podem ser afetados, impactando na integralidade e no acesso de primeiro contato.

Outro fator apontado por Gontijo (2017) é a importância da integração entre profissionais e gestão, viabilizando um processo de responsabilização terapêutica do usuário na RAS, o que pode resultar em um aumento da capacidade resolutiva da APS, garantindo maior aporte de recursos financeiros e a ampliação da rede de serviços, fortalecendo o trânsito dos

usuários nos serviços que a constituem. Dessa forma, quando uma das partes se fragiliza ou não possui conhecimento sobre os possíveis apoios disponíveis, a resolutividade é comprometida.

Quando não possuem suas necessidades resolvidas pela APS, as famílias buscam por alternativas. Silva et al. (2013) apontam que, dentre as soluções encontradas, figuram as entidades religiosas, espiritualidade e fé. Ainda, emergem como alternativas a busca por serviços privados mesmo em condições financeiras desfavoráveis, o que pode impactar negativamente na situação financeira das famílias.

Ainda se apresenta como alternativa a busca pelos serviços de urgência e emergência. Estudos mostram que, quando o cuidado é iniciado nesses serviços, ocorre uma fragilização da continuidade do cuidado na RAS. Estudo de Streck (2019) apontou que esse tipo de atendimento pode impor inúmeras barreiras para o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário, em especial devido à ausência de responsabilização e falta de continuidade, o que descoordena e prejudica a atenção prestada ao usuário. Este tipo de alternativa ainda resulta em superlotação de serviços de urgência e emergência devido a problemas de saúde que poderiam ser solucionados nos serviços da APS.

Silva et al. (2014) reforçam a importância do cuidado à criança se iniciar em serviços de APS, visto que nesse contexto existe a possibilidade de ocorrer o estreitamento do vínculo entre o círculo familiar e o serviço de saúde. A APS deve se responsabilizar amplamente pelos cuidados não somente das crianças, como também pelo cuidado de sua família, em sua integralidade, garantindo-lhes acesso, resolutividade e corresponsabilização da atenção e do processo de cuidar.

No atributo Coordenação – Sistemas de Informações, obteve um escore positivo de 7,75%. Tal atributo se refere aos registros em saúde, ou seja, os boletins de atendimento, que abarcam documentos como as fichas de atendimento, as carteiras de vacinação e o registro no prontuário dos usuários. Estudo de Fraccolli et al. (2015) demonstra que um escore positivo nesse atributo aponta o fato de que esses registros podem se tornar um excelente instrumento de comunicação entre os profissionais da saúde e os usuários do serviço, promovendo a longitudinalidade do cuidado.

Na avaliação dos atributos derivados “Orientação familiar e Comunitária”, os escores se mostraram insatisfatórios. Vale ressaltar que esses atributos favorecem as ações de planejamento, permitindo uma atenção mais efetiva aos usuários, reforçando a necessidade de uma prática resolutiva, que seja capaz de conservar a singularidade e a autonomia dos (MATUMOTO, 2011).

Neste estudo, o atributo “Orientação Familiar” foi avaliado com escore de 6,18%, e o item pior avaliado foi aquele relacionado ao fato do profissional questionar o cuidador e/ou familiar sobre suas ideias ou opiniões no momento de prescrever algum tipo de tratamento (escore 2,63%). Estudo de Reichert et al. (2016) corrobora com os achados do estudo ao trazer como achado que não é costume dos profissionais de saúde perguntar sua opinião a respeito da saúde das crianças. Frente a esse cenário desafiador, os profissionais enfermeiros seriam aqueles com maior possibilidade e capacidade para fortalecer o vínculo com o serviço de saúde, tendo em vista as possibilidades de maior envolvimento com a comunidade e a presença de conhecimento relacionado ao contexto social das famílias, reconhecendo suas potencialidades e limitações, acompanhando a criança desde o seu nascimento (REICHERT et al. 2016)

O atributo “Integralidade da Atenção”, por sua vez, mostra-se interligado ao contexto familiar, uma vez que este pode promover a exposição do usuário condições que o aproxima do processo de adoecimento. As crianças/adolescentes, dessa forma, não podem ser vistas com indiferença pelos trabalhadores de saúde. Estes devem prestar uma atenção à saúde da criança centrada na família, promovendo a diminuição de disparidades (AYSOLA, 2013). É importante que profissionais trabalhem com o processo de formação de vínculo, o que pode fazer com que se tenha uma visão ampla dos problemas, das necessidades e das prioridades da família, facilitando a elaboração e a implementação de um plano de cuidado alinhado à realidade (VIEIRA, 2012).

O escore atribuído ao atributo “Orientação Comunitária” se deve, em parte, às poucas visitas domiciliares. Silva et al. (2016) apontaram que o meio mais efetivo dos serviços de APS reconhecer a realidade do território é o contato direto e o levantamento do perfil epidemiológico.

Ações como a própria visita domiciliar, realizada pela equipe multiprofissional, podem contribuir para que o serviço realize a vigilância em saúde, fortaleçam os vínculos, realizem atividades educativas e identifiquem potenciais situações de risco para as pessoas e para a comunidade. Dessa forma, faz-se necessário realizar ações centradas nos territórios, reforçando a importância dos serviços de saúde enquanto promotores de uma melhor qualidade de vida (LEÃO et al., 2011).

Ciente de que os usuários devem participar efetivamente da formulação de propostas e ações voltadas à efetivação da atenção à saúde, é necessário que se reveja os demais itens do atributo “Orientação Comunitária” (conhecimento adequado da comunidade; opiniões e ideias do usuário para adequações do serviço; desenvolvimento de pesquisas na comunidade; e representação de líder no Conselho Local de Saúde), visto que esses itens foram avaliados como

frágeis. Estudo de 2016 que avaliou o enfoque familiar e a orientação comunitária indicou que existe a necessidade de ampliar e fortalecer a prática clínica dos profissionais na atenção à saúde das crianças e adolescentes. Estratégias como a clínica ampliada que auxiliam no aprimoramento do processo de trabalho, centrando o cuidado nos usuários, transcendendo a doença em si por meio do olhar crítico para o contexto individual e o âmbito coletivo (SILVA et al., 2016).

Estudos de Harzheim et al. (2006), voltados à validação do PCATool – Brasil versão criança e avaliaram o enfoque familiar e orientação comunitária indicavam como ferramenta efetiva para contemplar esse atributo as ações de educação em saúde, que devem ir ao encontro das características e das expectativas das crianças e dos adolescentes, haja vista o fato do cuidado integral ser considerado por meio da confluência de diferentes aspectos.

Destaca-se que somente o item relacionado ao conhecimento dos problemas mais importantes da comunidade foi satisfatório na avaliação dos usuários. Isso pode indicar que exista um conhecimento por parte dos profissionais acerca destes problemas, mas este conhecimento não repercute em um processo de reflexão, planejamento e implementação de uma ação voltada ao enfrentamento da necessidade identificada. Dessa forma, torna-se interessante instrumentalizar os profissionais, com o intuito de que eles se sintam aptos a ir além da identificação de problemas, partindo para um processo de reflexão conjunta que resulte em intervenções na realidade concreta (HARZHEIM et al. 2006).

Apresenta-se como limitações do estudo o fato deste consistir em um recorte da realidade analisada. Portanto, os achados apresentados não podem ser generalizados e não resultam em intervenções imediatas na realidade estudada.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou a presença do atributo “Coordenação da Atenção” nos municípios da 4ª CRS/RS, entretanto, o atributo derivado “Orientação Familiar e Comunitária” não apresentou escore satisfatório.

Assim, destaca-se a necessidade de prosseguir com estudos voltados à avaliação e ao monitoramento da APS da 4ª CRS/RS, contribuindo com a melhoria dos atributos da APS, promovendo o planejamento e a realização intervenções necessárias para a continuidade da atenção, partindo do reconhecimento das necessidades que requerem seguimento constante, articulando com a função primordial dos serviços de saúde APS: se apresentar como o centro de comunicação das RAS.

Reforça-se a importância dos processos de avaliação da assistência por parte dos usuários, visto que pode atuar enquanto um impulsionador da participação dos usuários no planejamento e controle social, subsidiando a formulação de ações mais alinhadas à realidade identificada, o que representa um avanço na gestão em saúde.

Estudos como este, que buscam avaliar os serviços de saúde, podem beneficiar as crianças e adolescentes atendidas na APS da 4ª CRS/RS, uma vez que pode auxiliar no processo de qualificação das ações de saúde a serem realizadas nos serviços, além de indicar as fragilidades, com o intuito de viabilizar uma atenção à saúde resolutiva. Dessa forma, considera-se a importância dos usuários, das famílias e da comunidade em reconhecer a função da APS, viabilizando uma relação corresponsável entre usuários e serviço de saúde, com o intuito de desenvolver ações resolutivas.

A APS, por ser considerada como a principal porta de acesso a RAS do SUS, não deveria impor barreiras para a efetivação desse atributo. Entretanto, pôde-se constatar que, existem barreiras de acesso organizacionais, haja vista que as famílias iniciam o processo de atenção à saúde da criança por meio de serviços de saúde que não são considerados como porta de entrada preferencial, como os serviços de urgência e emergência, o que demonstra uma realidade desafiadora.

Por fim, aponta-se que novos esforços voltados à avaliação e são válidos e necessários, com o intuito de promover o aprimoramento da atenção à saúde prestada na APS. Para que isso se efetive, é necessário que as equipes de saúde reflitam acerca dos indícios provenientes do presente estudo, planejando estratégias junto à gestão que resultem em mudanças comportamentais, organizacionais e estruturais nos serviços de APS, apesar dos desafios vivenciados atualmente, especialmente em relação ao desfinanciamento do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. X. **Variações e diferenciais da mortalidade por causas evitáveis por atenção à saúde no Brasil** [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2007.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, Set. 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>
- ANDERSON, M. I. P. et al. Cobertura universal em saúde e atenção primária e medicina da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, p. 4-30, 8 abr. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1276](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1276)
- ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>
- AYSOLA, J. et al. Quality and equity of primary care with patient-centered medical homes: results from a national survey. **Medical care**, v. 51, n. 1, p. 68–77, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318270bb0d>
- BARROS, A. L. O. et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3625-3634, Nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.31102016>
- BATISTA FILHO, M.; CRUZ, R. S. BARRETO, L. C. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 4, p. 451-454, Dec. 2015 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000400010>
- BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRM, T. **Epidemiologia básica** [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. 2ª ed. São Paulo, p. 213, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília, 2006. Disponível em <http://www.saude.gov.br>
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2qB9szE>



- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha** - Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil** - Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS: estatísticas vitais**. Mortalidade: óbitos infantis – 1996 a 2013. Brasília: MS; 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011**, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília, DF, 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf)
- CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 901-911, Apr. 2012 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>
- CHAMPAGNE, F. et al. **A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos**. In: BROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz , 2016. p. 41-60
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. A. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 43-67.
- CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.
- FERREIRA, V. D. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, e20160104, 2016 . Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>
- FRACOLLI, L. A. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. ja/mar. 2015, p. 54-61, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.201539015461>

FREITAS, P.S.S. et al. Síndrome congênita do vírus Zika: perfil sociodemográfico das mães. **Rev Panam Salud Publica**. v. 43: e24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.24>

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2001, vol.6, n.1, pp.165-181. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7034.pdf>

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed.São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 16. p. 575-625.

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 114, p. 741-752, Set. 2017 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1649-1659, Ago. 2006 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 1, p. 156, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2CJ1Kb2>

IBGE, Diretoria de Pesquisas - DPE. **Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS**. NOTA: Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2012**: Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 3, p. 323-334, Set. 2011 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 3, p. 765-776, Jun 2007 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300027>

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, p. 123-130, Feb. 2011 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo , v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 429-438, fev. 2014 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00429.pdf>

MOZZAQUATRO, C. O. **Planejamento familiar e configurações familiares sob a ótica de mulheres atendidas em unidades de estratégia de saúde da família do município de Santa Maria**. 2016. 146 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2013.

OLIVEIRA, L. A. P; MENDES, M. M. S. **Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes**. In: Minayo MCS, organizador. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC; 1995. p. 291-303.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington: OPAS; 2007

ORTIZ, L. P. **Agrupamento das causas evitáveis de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças**. São Paulo: Fundação SEADE; 2000.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , v. 40, n. 140, p. 649-673, Aug. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cp/v40n140/a1740140.pdf>

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: MS; 2014.

SILVA, R. M. M. et al. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 382-388, 2013 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400013>

SILVA, C. B. et al. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 3, p. 522-531, June 2016 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>

SILVA, C. S. O. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>

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

STARFIELD, B; XU, J; Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em:

<<https://www.mdedge.com/jfponline/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool>>.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Statistics by area: child survival and health: under five mortality**. New York: Unicef; 2015.

VIEIRA, V. C. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 1, mar. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26384>.

## ANEXO A – INSTRUMENTO PCATool-BRASIL VERSÃO CRIANÇA

**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**Instruções: PRIMEIRA PARTE COMUM A TODOS OS PARTICIPANTES.**

1 - Número do Questionário

2 - Data da entrevista

3 - Entrevistador:

4 - Cidade da Coleta  
 Verdes Campos  
 Entre Rios

5 - Cidade

6 - Unidade  
 UBS Tradicional  
 UBS ESF  
 Unidade Mista

7 - Data de Nascimento

8 - Sexo  
 Masculino     Feminino

9 - Situação Conjugal  
 Solteiro  
 Casado  
 Viúvo  
 Divorciado  
 União estável

10 - Cor/Etnia  
 Branco     Amarelo  
 Pardo     Indígena  
 Negro

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

12 - Possui plano de saúde privado:  
 Sim     Não

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

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

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

**E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

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

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

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

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

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> <b>PCATool - Brasil versão Criança</b> <b>F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES</b> <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
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"/>

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> <b>PCATool - Brasil versão Criança</b> <b>I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b> <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"/>

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> <b>PCATool - Brasil versão Criança</b> <b>J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b> <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 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

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

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

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

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

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

**Telefone para contato:** (55) 3220-8473

**Locais da coleta de dados:** Rede de Atenção Primária a Saúde dos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/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 e assistencial 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.

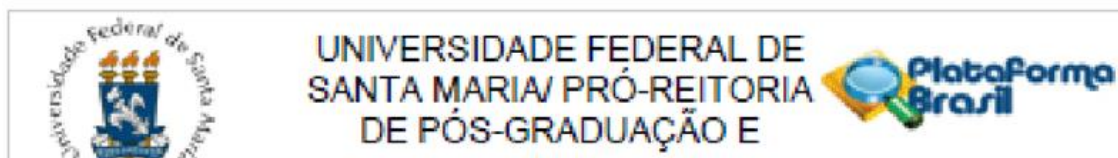
Ciente e de acordo com o que fora anteriormente exposto, eu (responsável, usuário ou profissional) \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável  
Dra Teresinha Heck Weiller

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº 1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

## ANEXO C – APROVAÇÃO 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:** 34137314.4.0000.5346

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 756.292

**Data da Relatoria:** 14/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

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

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, destas 500 profissionais e 3500 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 APS (STARFIELD, 2009). O referido instrumento mede a presença e a extensão de cada atributo da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio de média aritmética

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

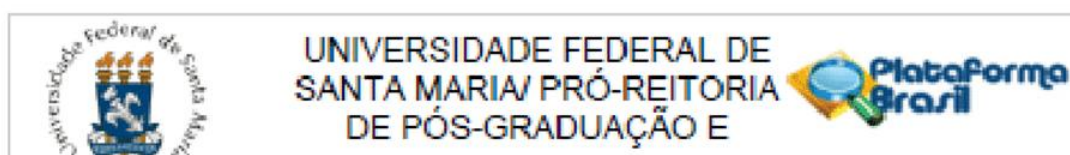
**CEP:** 97.105-670

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 756.292

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 o as coletas 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 PCATool (Primary Care Assessment Tool versões Criança, Adulto e Profissionais).

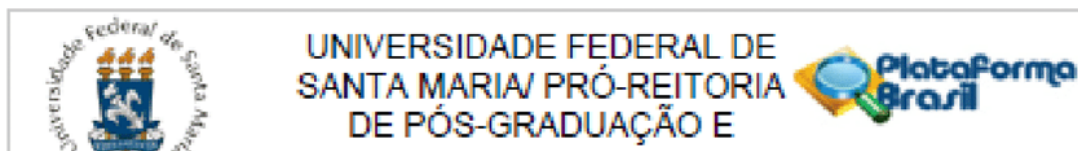
#### Objetivos Secundários:

- 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 Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-670  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (51)3220-6362 E-mail: oep.ufsm@gmail.com



Continuação do Projeto: 756.292

**Riscos.** O preenchimento deste instrumento poderá lhe causar desconforto, tendo em vista que estará avallando seu local de trabalho, ou cansaço, pois vai requerer um tempo estimado de 15 minutos. Caso isto aconteça, você poderá buscar um serviço de saúde público e/ou interromper a participação na pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os documentos obrigatórios, quais sejam: folha de rosto, registro no GAP, TCLE, Termo de Confidencialidade, bem como a autorização do órgão responsável pelos locais onde ocorrerá o estudo (4ª Coordenadoria de Saúde).

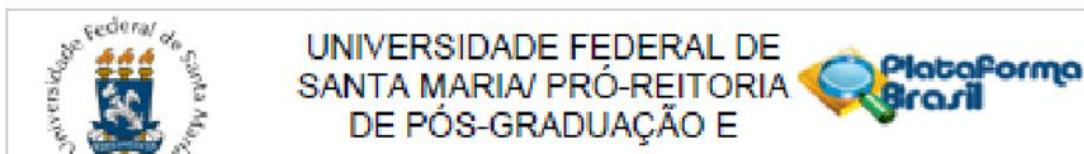
**Recomendações:**

No TCLE, alterações importantes foram realizadas, no entanto, nos riscos é necessário maiores informações. Onde consta: "Caso isto aconteça, você poderá buscar um serviço de saúde público e/ou interromper a participação na pesquisa". No TCLE deve estar claro como isso irá acontecer. Quem vai acompanhá-lo até uma unidade de saúde (caso já não esteja em uma); como ele irá até esse serviço de saúde e quem vai custear essa despesa? Deve ficar evidente que tudo o que possa trazer algum dano ao sujeito pesquisado será cuidadosamente evitado, mas caso ocorra, ele terá todo auxílio necessário por parte dos pesquisadores. Lembrando que é responsabilidade do pesquisador.

As alterações nos riscos devem ser modificadas tanto no TCLE como na folha de informações básicas do projeto, bem como no próprio projeto de pesquisa. Lembrando que qualquer alteração em um dos documentos deve ser realizada nos demais que apresentam as mesmas informações para manter a consistência entre eles.

Na metodologia do estudo, deve estar especificado como serão selecionados os serviços de Atenção Primária a Saúde de cada município, e quantos serão incluídos de cada um. Deve estar claro se será mantida uma proporcionalidade entre os municípios, uma vez que o número de APS varia entre eles. Existe um número mínimo de APS e de sujeitos por município?

**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:** oep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 756.252

**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. Ronaima, 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