

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JANAINA CARVALHO BRAZ

Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia  
Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos  
cuidadores

Ribeirão Preto

2012

JANAINA CARVALHO BRAZ

Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia  
Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos  
cuidadores

Dissertação apresentada à Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em  
Ciências, Programa de Pós-Graduação  
Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à  
Criança e ao Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cândida  
de Carvalho Furtado

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

BRAZ, J.C.

Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. Ribeirão Preto. 2012.

83p. il, 30 cm.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública

Orientadora: Maria Cândida de Carvalho Furtado

1. Avaliação em Saúde.
2. Atenção primária à saúde.
3. Cuidado da criança

BRAZ, Janaina Carvalho

Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura : \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura : \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura : \_\_\_\_\_

## *Dedicatória*

*Dedico este trabalho aos grandes amores da minha vida: Cirlei, mainha e João, painho, por tornar possível a minha existência e pelo amor, que mesmo a quilômetros de distância, foi sentido intensamente.*

*Vocês são, também, os grandes responsáveis por todas as minhas conquistas. Obrigada por tornarem meus caminhos seguros e por ser fonte de fortaleza e fé em todos os momentos da minha vida.*

*Amo muito vocês!*

# Agradecimento Especial

À minha querida orientadora, *Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado*, que foi a primeira pessoa com quem tive contato nesta Instituição, tornando-se não apenas uma orientadora, mas também uma grande parceira e amiga. Muito obrigada pela confiança a mim dispensada na construção deste trabalho, desde o dia em que nos conhecemos. Agradeço pela generosidade, dedicação e excepcional paciência no processo de orientação.

Muito obrigada, Can!

# Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida e por providenciar cada detalhe desta minha caminhada.

Muito obrigada às mães que participaram deste estudo pela confiança, tornando-o possível. Espero que este trabalho possa trazer contribuições para a melhoria da assistência à saúde das nossas crianças.

Às Equipes de Saúde da Família de Vitória da Conquista-BR, obrigada por me acolherem tão bem e viabilizarem a coleta de dados. Aos alunos colaboradores, agradeço o tempo e esforços despendidos neste longo e árduo processo de coleta de dados.

Agradeço à CAPES por financiar esta pesquisa.

À Profa. Dra. Débora Mello de Falleiros, pessoa por quem tenho admiração e respeito; agradeço pela parceria, confiança e pelas preciosas colaborações neste estudo, desde a sua concepção se estendendo pelas diversas discussões no decorrer desses anos.

À Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto, obrigada pela leitura deste trabalho e valiosas sugestões.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA), na pessoa da Profa. Dra. Regina A. Garcia Lima, pelos estudos compartilhados e pela oportunidade de discussão deste trabalho.

À Miyeko pela dedicação e competência na análise estatística deste trabalho.

Às amigas conquistadas na Pós-Graduação desde o primeiro dia de aula (Andreara Almeida, Paula Workers, Talitha Bordini, Gael Bernardes, Franciele Maia, Renata Pagoti, Raquel Pan, Gisele Pietro, Michele Miyauti e Camila Abraão), obrigada pelo companheirismo, por compartilharmos nossas vivências e por muitas gargalhadas.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP que tão bem me acolheram; sou grata pelas gentilezas prestadas, pelas informações e pelos esclarecimentos.

Ao Prof. Dr. Pêrsio Roxo Junior, muito obrigada pela amizade, pelo incentivo e pelas nossas conversas que tanto contribuíram para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

À minha amada **família** que me surpreende cada vez mais com muito amor e confiança em mim. Ao meu priminho e afilhado **Saulo Diego**, muito obrigada por me arrancar tantos sorrisos e me inspirar fortaleza nos momentos difíceis.

Aos conterrâneos nordestinos que aqui conheci, obrigada por me fazerem sentir mais perto de casa e me proporcionarem muitos momentos de alegrias. À **Paulinha, Carolzinha, Laris, Dari e Jader**, que sorte inestimável tê-los sempre bem pertinho!

Aos meus **amigos** que, mesmo distantes, se fizeram presentes com uma ligação, um e-mail, um SMS, uma mensagem no Facebook, obrigada pelo carinho!

À querida cidade de Ribeirão Preto que, com seu aconchego, deixou os meus dias mais felizes.

Sou sinceramente grata a todos aqueles que foram generosos e curiosos e que compartilharam momentos ao meu lado, nesses dois anos.

**Muito Obrigada!**



*“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”*

*(Paulo Freire)*

## RESUMO

**BRAZ, J.C. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. 2012. 83f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.**

As políticas públicas de atenção à criança no Brasil têm se aprimorado com vistas à qualidade do cuidado integral. Este estudo objetivou avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e o grau de afiliação do usuário na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da ótica dos cuidadores com a assistência prestada a crianças menores de um ano de idade. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal com dados coletados mediante uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool* - infantil). Foram entrevistados 271 cuidadores cujas crianças pertenciam às áreas de abrangência das 13 equipes de saúde da família da zona urbana de Vitória da Conquista – BA. Os escores foram atribuídos para 10 dimensões da APS. Os resultados revelaram escores elevados para apenas quatro dimensões: grau de afiliação, acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (sistema de informação). As outras dimensões apresentaram baixos valores de escore, tais como: o acesso de primeiro contato (acessibilidade), a coordenação (integração de cuidados), a integralidade (serviços disponíveis e prestados), a orientação familiar e a orientação comunitária. Ao avaliar as dimensões em conjunto encontramos os escores essencial e geral com baixos valores. Concluímos que a ESF, apesar de ser um cenário preferencial para as ações de promoção e prevenção à saúde e se constituir como porta de entrada para os serviços, não tem alcançado uma assistência à criança com ênfase no cuidado integral.

**Descritores:** avaliação em saúde, atenção primária a saúde, cuidado da criança.

## ABSTRACT

**BRAZ, J.C. Evaluation of care for children under one year in the Family Health Strategy in a municipality of Bahia, from the perspective of caregivers.** 2012. 83f. Thesis (MA). School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Public policies on childcare in Brazil have been enhanced to promote quality on comprehensive care. This study aimed to evaluate the presence and extent of the attributes of the Primary Health Care (PHC) and the degree of user affiliation in Family Health Strategy (FHS) from the perspective of caregivers with the care provided to children under one year of age. This is a quantitative, cross-sectional study which data were collected using Primary Care Assessment Tool (PCATool). We interviewed 271 caregivers whose children belong to the areas of 13 family health teams in the urban area of Vitoria da Conquista - BA. The scores were assigned to 10 dimensions of APS. The results revealed high scores for only four dimensions: degree of affiliation, first contact access (use of service), longitudinality and coordination (information system). Other dimensions had low score values such as: first contact access (accessibility), coordination (integrated care), comprehensiveness (services available and services provided), and family and community orientation. By assessing the dimensions together we found low values for the essential and general scores. We conclude that despite FHS has being a preferred scenario for the actions of health promotion and disease prevention and gateway to health services FHS has not been attained the child care with emphasis on comprehensive care.

**Keywords:** health evaluation, primary health care, child care

## RESUMEN

**BRAZ, J.C. Evaluación de la atención a los niños menores de un año en la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Bahía, desde la perspectiva de los cuidadores.** 2012. 83f. Tesis (MA). Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Las políticas públicas de atención infantil en Brasil se han mejorado con miras a la atención integral de calidad. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la presencia y extensión de los atributos de la Atención Primaria de Salud (APS) y el grado de afiliación del usuario en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) desde la perspectiva de los cuidadores con la atención prestada a los niños menores de un año de edad. Este es un estudio cuantitativo, transversal, con datos recolectados a través del uso de lo Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool). Entrevistamos a 271 cuidadores de niños que pertenecen a los 13 equipos de salud familiar en el región urbano de Vitoria da Conquista - BA. Los puntajes fueron asignados a 10 dimensiones de la APS. Los resultados revelaron altas puntuaciones de sólo cuatro dimensiones: grado de pertenencia, el acceso al primer contacto (uso), longitudinalidad y la coordinación (sistema de información). Otras dimensiones tenían valores bajos de puntuación, tales como: el acceso de primer contacto (accesibilidad), coordinación (atención integral), integralidad (servicios disponibles y servicios que se ofrecen), la orientación familiar y la orientación de la comunidad. En la evaluación de las dimensiones junto podemos encontrar los puntajes esenciales y generales con valores bajos. Llegamos a la conclusión de que el ESF, a pesar de ser un escenario preferido por las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y ser como puerta de entrada a los servicios, no ha llegado a un cuidado infantil con énfasis en atención integral.

**Palabras clave:** evaluación de la salud, la atención primaria de salud, cuidado de niños.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de nascidos vivos por Unidade de Saúde da Família, zona urbana, em 2010. Vitória da Conquista, 2012.....	37
Tabela 2 - Número de entrevistas por Unidade de Saúde da Família, zona urbana. Vitória da Conquista, 2012 .....	47
Tabela 3 - Distribuição de crianças menores de um ano conforme a idade, nas Unidades de Saúde da Família, zona urbana. Vitória da Conquista, 2012.....	48
Tabela 4 - Valores dos escores do grau de afiliação e atributos da APS nas Unidades de Saúde da Família, zona urbana. Vitória da Conquista, 2012.....	48
Tabela 5 - Valores dos escores essencial e geral. Vitória da Conquista, 2012 .....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CMI	Coefficiente de Mortalidade Infantil
DP	Desvio-padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
1.1 Atenção Integral à Saúde da Criança .....	18
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
2.1 Objetivo Geral .....	28
2.2 Objetivos Específicos .....	28
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>30</b>
3.1 Referencial teórico.....	30
3.2 Local do estudo .....	34
3.3 Participantes.....	36
3.4 Coleta e registro dos dados.....	38
3.5 Instrumento de coleta de dados .....	39
3.6 Estudo-piloto .....	43
3.7 Processamento e análise dos dados.....	43
3.8 Aspectos éticos .....	45
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>54</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>78</b>

## APRESENTAÇÃO

Desde a Graduação, demonstrei interesse pela área de Saúde Pública. Os estágios nas Unidades de Saúde da Família, juntamente com algumas disciplinas, ensinaram-me os princípios da Atenção Primária à Saúde.

Graduada em Bacharel em Enfermagem, pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Vitória da Conquista-BA, em agosto de 2007, iniciei minhas atividades profissionais na Estratégia de Saúde da Família - Rodão, no município de Mortugaba - BA, como enfermeira daquela Unidade.

O início foi desafiador, pois ainda muito jovem, recém-formada, haveria de coordenar uma unidade de saúde em minha cidade, onde muitos não me viam como uma profissional, mas como uma pessoa que ali cresceu, tendo por referência meus avós e meus pais. Foram necessários muitos esforços, equilíbrio, maturidade e postura ética para enfrentar os desafios, frente às situações relacionadas ao gerenciamento, à assistência de enfermagem e às questões políticas e pessoais que permeavam o município. Nessa ocasião experimentei vários sentimentos, deparando-me com a inquietação intrigante de buscar e discutir sobre os problemas de Saúde Pública do nosso país.

Em 2008, participei da Organização Não Governamental denominada “Voluntários do Sertão” na qual fui convidada a trabalhar em um projeto pioneiro no país chamado “Saúde em Movimento”. Esse projeto iniciado na Bahia, no mesmo ano, conta hoje com o apoio do governo federal e tem se estendido por outros Estados do Brasil, como Acre. Nesse projeto, assumi o cargo de enfermeira que, apesar de ter foco na Oftalmologia, me fez conhecer a diversidade socioeconômica e cultural do meu Estado natal e também do Brasil, uma vez que tínhamos contato com pacientes e profissionais de saúde de diversos Estados do país. Nesse momento da minha vida, percebi o quanto era importante avaliar a qualidade da assistência à saúde.

Em 2010, iniciei contato com a Profa. Dra. Maria Cândida que me convidou a participar do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). A partir dos encontros com a professora, como também nas reuniões do grupo de pesquisa, surgiu o interesse em avaliar a



assistência à saúde da criança no âmbito da ESF, uma vez que minha experiência profissional contribuía para tal inquietação.

Em fevereiro de 2011, após ser aprovada no Processo Seletivo, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, onde tive a oportunidade de aprofundar meu conhecimento em temáticas como saúde pública, construção e produção do conhecimento no cuidado da criança e avaliação de programas e serviços de saúde. Essa aproximação me fez considerar, ainda mais, a relevância da avaliação da assistência da criança como um instrumento imprescindível que possibilita traçar novos caminhos sobre a saúde dessa clientela.

A presente investigação contou com a participação de várias pessoas que me auxiliaram, quer seja discutindo o assunto no decorrer das disciplinas oferecidas pelo Programa de Pós-Graduação da EERP-USP, quer seja nos encontros promovidos pelo GPECCA. Desse modo, nada mais justo que usar neste trabalho o pronome na primeira pessoa do plural.

Este estudo foi dividido em quatro partes. Na primeira, apresentamos as Políticas Nacionais de Saúde, direcionadas à Atenção Integral à Criança, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Na sequência, estão os objetivos propostos.

A segunda parte contempla as bases teóricas sobre avaliação em saúde, o que nos permite apreender a importância em avaliar os serviços de saúde, de forma específica a assistência ao cuidado integral à saúde da criança, visto que pode fornecer subsídios para um melhor planejamento das ações de saúde.

Na terceira parte, traçamos o caminho metodológico e na quarta, apresentamos os resultados. Em seguida, discutimos os dados coletados.

Finalizando, apresentamos as conclusões do estudo procurando apontar as implicações para a assistência ao cuidado da criança.

## I INTRODUÇÃO

---

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde da criança é responsabilidade não só da família como também de toda a sociedade e do Estado. Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente busca garantir os direitos e deveres de cidadania à criança, incluindo o direito à saúde com assistência universal, integral e equânime, conforme os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

O foco deste estudo reside em avaliar o cuidado integral às crianças menores de um ano, dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para contextualizar nosso objeto de estudo, apresentamos as Políticas Nacionais de Saúde, direcionadas à Atenção Integral à Criança, no tocante à Atenção Primária à Saúde (APS).

### 1.1 Atenção Integral à Saúde da Criança

As Políticas de Atenção à Criança, no Brasil, estão integradas à saúde materna e definidas como Políticas de Saúde Materno-Infantil (ERDMANN; SOUSA, 2009). Vêm sendo modificadas ao longo do tempo, conforme os momentos históricos vividos pela população, os avanços técnico-científicos, as diretrizes das políticas sociais e o envolvimento de diversos agentes e segmentos da sociedade (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Na década de 1980, norteados pelo princípio da integralidade, o Ministério da Saúde em conjunto com o governo federal, as secretarias estaduais e municipais de Saúde, elaboraram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), tendo em vista cinco ações básicas: aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle das doenças respiratórias, controle da diarreia, imunização e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Essas ações buscavam atender, dentro das necessidades do setor saúde, aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade (BRASIL, 1984).

A partir desse período, a organização da APS tornou-se prioridade para o Ministério da Saúde. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde foi criado no Brasil

em 1988 com a Constituição Federal, cujo objetivo era proporcionar maior efetividade aos direitos fundamentais ao cidadão. Nos últimos anos, o SUS tem mostrado expressivos avanços, dentre eles o fortalecimento da Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde, mediante ampliação do número de equipes de Saúde da Família, com melhoria na assistência e na estrutura da gestão (STARFIELD, 2002).

De acordo com a autora, a APS é definida como um conjunto de ações de saúde que envolve a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e se caracteriza operacionalmente pelos seus atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002). Os atributos essenciais são:

- **Acessibilidade:** definida como o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências e urgências médicas.
- **Longitudinalidade:** existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.
- **Integralidade:** leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os pacientes recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde (mesmo os que não possam ser realizados dentro das unidades de APS) incluindo-se os encaminhamentos para serviços secundários e terciários, entre outros.
- **Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado ao cuidado global do paciente.

Os atributos derivados envolvem:

- **Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar):** conhecimento do contexto familiar e seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde.
- **Orientação comunitária:** reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade, por meio 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 da equipe e profissionais de saúde às características culturais especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

A reorganização da APS foi evidenciada em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pelo governo federal brasileiro, como tentativa de enfrentar os graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país. Em 1994, iniciaram-se reformulações das políticas de saúde que fizeram emergir o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família, como um meio para modificar o modelo assistencial. A garantia de oferta de serviço à população confere ao programa a característica de porta de entrada prioritária do sistema de saúde, constitucionalmente fundado nos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2003).

Tanto o PACS quanto o PSF foram considerados, pelo Ministério da Saúde, como estratégias relevantes para a vigilância da saúde infantil, com destaque para a disseminação do Cartão da Criança, enquanto instrumento de monitoramento do crescimento e do desenvolvimento (BRASIL, 2003).

No ano de 2005, após uma década de implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil, buscando trabalhar na perspectiva da APS, um novo documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) traz a proposta de renovação da APS nas Américas. Tal documento tem por objetivo revitalizar o potencial dos países para elaboração de uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos de saúde sustentáveis para todos (OPS, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde estabelece o Pacto pela Saúde cujo conteúdo agrega um conjunto de medidas pactuadas junto aos gestores do Sistema de Saúde, articulando aspectos da gestão e da atenção nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida reforça no SUS “o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados”. Dentre algumas prioridades pactuadas estão a redução da mortalidade infantil e materna, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

Apesar dos esforços e avanços alcançados, de forma evidente na redução da mortalidade infantil, atender às necessidades da saúde infantil, sob a perspectiva da integralidade, ainda é um grande desafio para os gestores, profissionais de saúde e

para toda a sociedade brasileira (BRASIL, 2004b; ERDMANN, SOUSA, 2009; FIGUEIREDO, MELLO, 2007).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu políticas para atenção à saúde infantil. Dentre elas, a Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, tendo como foco a criança nos vários espaços de atenção. Desse modo, a promoção de políticas públicas que visam atender às necessidades na assistência à criança no Brasil encontra-se consolidada em documentos oficiais do Ministério da Saúde, entre eles o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004a) e a Agenda de Compromissos acima citada (BRASIL, 2004b).

Os princípios norteadores da atenção à criança, destacados na Agenda de Compromisso, incluem o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização e a assistência integral e resolutiva. O documento ressalta, ainda, dentro desses princípios, a equidade, a atuação em equipe, o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção da saúde, o incentivo à participação da família em toda a atenção à criança e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004b).

Como compromisso de atenção à criança, entende-se que a promoção da saúde integral e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que ela possa desenvolver todo o seu potencial. Sendo assim, esse documento busca apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar aos gestores e profissionais de saúde a identificação das ações prioritárias para a saúde da criança. Propõe a definição de diretrizes para a identificação das linhas de cuidado integral que devem constar basicamente para o funcionamento adequado dos serviços de saúde da criança no nível local, de modo a prover respostas mais satisfatórias a esta população (BRASIL, 2004b).

Dentre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, estão a promoção do nascimento saudável; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; o enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e os cuidados às doenças prevalentes (BRASIL, 2004b), detalhados a seguir.

O processo de nascimento saudável envolve o acompanhamento da gestante, a assistência imediata e de qualidade no hospital/maternidade, o pós-parto e as ações voltadas à “Primeira Semana - Saúde Integral”. Ressalta-se a preocupação com este momento da vida da mulher e da criança, uma vez que estudos apontam que a maioria das mortes maternas e neonatais ocorre durante a internação para o parto, o que requer uma organização da referência e contrarreferência da gestante e a incorporação de pronto-atendimento ou de novas práticas em saúde (BRASIL, 2004b; SILVA et al., 2009).

Com relação ao acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, este se caracteriza como eixo central para a atenção integral à criança, visto que abrange inúmeras ações de promoção, prevenção e reabilitação, além de envolver uma equipe de cunho multiprofissional (BRASIL, 2004b; SILVA et al., 2009). Silva et al. (2009) evidenciaram, em seu estudo, que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é efetivado nas unidades de Programa Saúde da Família em conjunto com a Pastoral da Criança e Escolas. Contudo, os autores apontaram para uma heterogeneidade com relação à equipe, uma vez que as atividades são realizadas por profissionais enfermeiros e médicos, apenas quando os médicos são pediatras. Do contrário, geralmente o enfermeiro assume esse papel, havendo intervenção médica somente em casos de doenças (SILVA et al., 2009).

Considerada como uma ação integrada e rotineira nos serviços de saúde, a imunização pertence ao nível de atenção primária de baixa complexidade, com grande impacto nas condições gerais de saúde infantil. Representa um dos grandes avanços tecnológicos do setor saúde nas últimas décadas e constitui-se como procedimento com melhor relação custo-efetividade (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009). É uma ação de saúde imprescindível na prevenção de doenças imunopreveníveis, em especial nas crianças no primeiro ano de vida, o que proporciona amplos benefícios a baixos custos, além de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil (FRANÇA et al., 2009; GUIMARÃES, ALVES, TAVARES, 2009).

Estudos demonstram a importância da cobertura vacinal sobre os indicadores de saúde da população infantil, com impacto positivo sobre esta, além de uma relação estreita com a utilização dos serviços de saúde pelas famílias (CESAR et al., 2008; FRANÇA et al., 2009; GUIMARÃES, ALVES, TAVARES, 2009; MOTA, 2008; MORAES, RIBEIRO, 2008).

No tocante à promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável, documento lançado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2009, objetiva promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, exclusivo até seis meses e complementar até dois anos de idade ou mais, para melhorar a qualidade de vida e reduzir a desnutrição, a mortalidade infantil e as doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta (BRASIL, 2009a). Vários autores reforçam essa importância e ratificam melhora significativa nos resultados dessa política. Entretanto, apontam a necessidade de intervenções no sentido de melhorar as orientações sobre as práticas adequadas de amamentação, no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009b; BOCCOLINI, BOCCOLINI, 2011; RAMOS et al., 2010).

Quanto à Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), o Ministério da Saúde considera uma estratégia importante na identificação de sinais de risco que afetam a saúde infantil, integrando ações de promoção, prevenção e tratamento, com qualidade do atendimento (BRASIL, 2004b). Pina et al. (2009) destacam que a promoção de saúde integral da criança transcende as preocupações com a redução da mortalidade na infância, abrangendo as articulações entre os serviços de saúde, família e comunidade. Contudo, os treinamentos proporcionados aos profissionais de saúde sobre o AIDPI são simplórios, teóricos e com ênfase nos aspectos orgânicos das doenças (BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2011).

Desse modo, ao considerar que é na infância que se constrói um adulto saudável, as ações de atenção à criança constituem ferramentas imprescindíveis na prevenção de doenças crônico-degenerativas, evitando futuros gastos públicos com saúde e conseqüente sobrecarga do sistema de saúde ao qual o acesso é um direito de todos (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Tanto na oferta de serviços de saúde como na utilização dos mesmos, ressalta-se como fundamental uma rede integrada de atenção, baseada nos princípios garantidos tanto na Constituição Federal, como no Estatuto da Criança e do Adolescente e no SUS. Esta rede supracitada deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado dos agentes de saúde, equipes de saúde da família, Unidades Básicas de Saúde (UBS), serviços de atenção especializados e de urgências, como também deve promover ações intersetoriais que envolvam a criança e a família.



Atualmente considerar a atenção em saúde “em rede” tem sido o foco do Ministério da Saúde brasileiro. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são constituídas por três pilares: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Seus objetivos consistem em melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. Nesse sentido, possuem como centro de comunicação a APS e estruturam-se na continuidade da atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária) e na integralidade da mesma que consiste em ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição. Além disso, as RAS assumem as responsabilidades econômicas e sanitárias com a população adscrita, gerando um valor da atenção à saúde expressa na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado com a saúde (MENDES, 2011).

Tais diretrizes e políticas têm como foco o fortalecimento da APS que se constitui o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde; aproxima os serviços de saúde dos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (STARFIELD, 2002). Como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, permite recombinar, reorganizar e reordenar recursos para atender às necessidades da população, com articulação da atenção básica dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Com relação à organização da assistência à criança no contexto da APS, existe o compromisso de atender às necessidades de saúde dessa população, oferecendo atenção de qualidade. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família encontra espaço para a reordenação do cuidado ofertado à população (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010), corroborando a Agenda de Compromissos que busca a expansão da atenção básica à criança, com assistência adequada desde a concepção, durante a gestação e após o nascimento, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança (BRASIL, 2004b).

Com essas diretrizes políticas, o Ministério da Saúde procura melhorar a cobertura e reforçar o vínculo da mulher e da criança na unidade de saúde com orientação, incentivo e apoio ao aleitamento materno, vacinação, teste do pezinho,

além de orientações para contracepção. Prevê, ainda, a organização do acesso, com integração dos níveis de gestão, garantindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004b).

O desenvolvimento de ações capazes de contribuir para que crianças sobrevivam e tenham melhor acesso à saúde e qualidade de vida é um aspecto importante, quando se considera a saúde da criança no contexto da atenção básica (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010). Entre tais ações encontram-se o aumento da cobertura vacinal e as melhorias nas condições de vida, envolvendo saneamento básico e nutrição, todos considerados fatores decisivos para a redução de doenças infecciosas como também para o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI).

Vários estudos apontam a redução do CMI, corroborando o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que consiste em reduzir a mortalidade na infância para 17,9 óbitos por 1.000 Nascidos Vivos (/1.000 NV) até o ano de 2015 (OPS, 2005). Malta et al. (2010) observaram uma redução de 35,2% da CMI no Brasil, no período de 1997 a 2006, em menores de um ano. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), no período de 1990 a 2005, a taxa de mortalidade infantil caiu 53% em menores de cinco anos. Em 2008, observou-se uma queda de 58%, o que significa uma redução de 22,8 óbitos/1.000 NV. A queda dos índices de mortalidade infantil, principalmente por causas perinatais, infecciosas e respiratórias, ocorreu em todas as regiões do país, com maior evidência no Nordeste brasileiro com redução de 65%, correspondendo a uma queda de 87,3 óbitos/1.000 NV para 32,8/1.000 NV, no ano de 2008. Entre os anos de 1990 a 2008, a redução anual da taxa de mortalidade infantil na Bahia foi de 5,3%, estando discretamente acima da média nacional que é de 4,7% a 5,2% ao ano (BRASIL, 2010a).

Esses avanços são frutos do amplo acesso dos usuários aos serviços de saúde, da melhoria da gestão do Sistema de Informação de Mortalidade, da melhoria de condições de vida da população brasileira e da atuação dos serviços de saúde com qualidade do atendimento, ao desenvolverem ações de promoção, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento (BRASIL, 2010a; MALTA et al., 2010).

Políticas municipais, também, têm se estruturado para o atendimento à criança, organizando a assistência mediante identificação das necessidades de saúde locais e disponibilidade de recursos, vislumbrando atingir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

Mesmo ainda persistindo diferenças regionais, dentro de um país com dimensões continentais, percebemos que as diretrizes e políticas de atenção à saúde da criança no país contribuíram para qualificar a assistência, ampliar o acesso aos serviços e reduzir a mortalidade infantil, tão importante indicador da qualidade de vida de uma população (PAIM et al, 2011; VICTORA et al, 2011).

Nessa direção, temos particular interesse na atenção à saúde da criança, no âmbito da ESF, a partir da experiência das mães ou cuidadores. Entendemos que seus resultados possuem potencial para apontar fortalezas e/ou fragilidades que indicarão necessidade de melhoria ou manutenção da atenção à saúde da criança, no que diz respeito aos princípios do SUS e aos atributos da APS.

## 2 OBJETIVOS

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O presente estudo teve por objetivo avaliar a atenção à saúde da criança no âmbito da ESF, com foco no componente resultado da atenção, em um município de médio porte do interior do Estado da Bahia, a partir de opiniões das mães ou cuidadores de crianças menores de um ano de idade.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar o grau de afiliação de crianças menores de um ano, em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória da Conquista-BA;
- Analisar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, a partir das opiniões das mães ou cuidadores, com a assistência prestada às crianças menores de um ano de idade, no âmbito da ESF, no município de Vitória da Conquista.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

---

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal, inserida no campo da avaliação de serviços de saúde, focada no componente resultado (DONABEDIAN, 1984), mediante avaliação da satisfação dos usuários. As avaliações são utilizadas para investigar como funciona um programa, tratamento, prática ou política; desse modo, objetivam descrever um determinado aspecto do serviço de saúde, seja ele referente à estrutura, ao processo ou aos resultados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2006).

Desse modo, no presente estudo, avaliamos o resultado da atenção às crianças menores de um ano de idade, em Unidades de Saúde da Família, na perspectiva das mães ou cuidadores.

#### 3.1 Referencial teórico

A avaliação de programas e serviços de saúde tem importância demonstrada em diversos estudos e grande relevância, ao se considerar a organização e gestão do cuidado prestado e a possibilidade de traçar um novo olhar acerca da atenção dispensada, nesse caso, à criança (COSTA et al., 2011; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA et al., 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010; RONCALLI, LIMA, 2006;).

São inúmeros os conceitos de avaliação, formados em virtude da diversidade de modelos e intensidade da APS em vários locais. No setor saúde, a avaliação delimita-se ao âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo que forneça informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Permitem que distintos atores envolvidos possam ter campos de julgamento diferentes, posicionarem-se e construïrem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Tal julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas,

consistindo na avaliação normativa ou ser elaborado a partir de um procedimento científico, nesse caso, a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nesse contexto, a avaliação surge como componente da gestão em saúde, e seu reconhecimento é notado pela existência de iniciativas voltadas para sua implementação, nas diversas dimensões do SUS. Sua principal finalidade é fornecer suporte aos processos decisórios do sistema de saúde, e por isso deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos; avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2009c).

Contudo, a avaliação em saúde, no Brasil, ainda está inserida em um cenário cujos processos são incipientes; encontra-se pouco incorporada às práticas e possui caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo (BRASIL, 2005a). Além disso, os instrumentos existentes não constituem ferramentas de suporte ao processo decisório, nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005a). Para Rocha et al. (2008), os instrumentos devem ser voltados para o aprofundamento de questões, problemas e singularidades detectadas nessa etapa, de modo a subsidiar a adequação, o redirecionamento, a formulação de políticas, planos, programas e processos inovadores que viabilizem aos sistemas locais de saúde a possibilidade de se tornarem mais autônomos, efetivos e equânimes para consolidação do SUS.

O Ministério da Saúde brasileiro caminha ao encontro dessa preocupação acerca da avaliação, especialmente na atenção básica e alinha-se, no plano internacional, ao movimento pela institucionalização da avaliação (BRASIL, 2005a).

Com a expansão acentuada da ESF enquanto estratégia de fortalecimento da APS, mediante o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), ampliaram-se as discussões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade. Nesse sentido, a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica foi instituída com o objetivo de monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e consolidando a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS, composta por município, Estado e União (BRASIL, 2005a).

Entre os anos de 2000 e 2001, o Departamento de Atenção Básica realizou uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa Saúde da Família, analisando várias questões relacionadas com a estrutura física das



unidades de saúde e aos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde da família e de saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2004c).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou a “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da ESF, possibilitando aos atores, diretamente envolvidos nos municípios, a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção desta história por si mesma (BRASIL, 2009b). Esse documento utilizou como referencial o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Avedis Donabedian, em meados da década de 1960.

É importante ressaltar que a avaliação da ESF é complexa, devido à extensa dimensão da APS, e requer a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo e contínuo. Contudo, apesar da heterogeneidade da ESF, a identificação do grau de orientação à APS, de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados, permite a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade (BRASIL, 2010a).

A Agenda de Compromissos corrobora tal preocupação e ressalta a importância da avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada à criança como modo de monitoramento dos princípios estabelecidos nesse documento e que norteiam o cuidado da criança (BRASIL, 2004b).

Moreira e Goldani (2010) apontam a necessidade de implementar, nos serviços de saúde e no campo da produção de conhecimentos, novas estratégias relacionadas ao cuidado da criança e à formação inovadora dos profissionais de saúde e de pesquisadores que tenham um olhar integral à saúde infantil.

Considerando a importância da avaliação de serviços e programas para o planejamento das ações em saúde (DONABEDIAN, 1988; MALLET, 2005; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010) e da ESF como um modelo de cuidado que busca oferecer atenção primária de qualidade dentro de princípios estabelecidos, este estudo buscou avaliar os resultados da atenção à saúde da criança, no âmbito da ESF em um município de médio porte do interior do Estado da Bahia.

O município, cenário de investigação do presente estudo, possui significativa cobertura do Programa de Saúde da Família. Temos como pressuposto que esta cobertura favoreça a atenção à saúde da criança, além de estar em consonância com os princípios do SUS e com os atributos da APS.

Utilizamos, no presente estudo, como referencial teórico-metodológico, o modelo de avaliação da qualidade proposto por Avedis Donabedian, já citado anteriormente. Tal modelo separa os componentes para a avaliação em três categorias: estrutura, processo e resultados.

Essa tríade foi desenvolvida para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde. A **estrutura** é composta pelos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, além de incluir o financiamento e a disponibilidade de mão de obra qualificada. O **processo** compreende as atividades que envolvem os profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos, sendo que a análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. Por fim, o **resultado** é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1984).

Ao buscarmos resultados nas ações desenvolvidas, as respostas e mudanças verificadas nos pacientes precisam ser consideradas, tais como a redução da mortalidade, a melhoria nos indicadores de saúde na qualidade de vida, entre outros. Tais resultados estão relacionados às mudanças que se verificam no estado de saúde dos pacientes e que podem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1984; DONABEDIAN, 1988).

Nas últimas décadas, os estudos de avaliação de serviços de saúde têm-se baseado nos sete pilares de qualidade propostos por Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 1990):

1) Eficácia: capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Isto é o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

2) Efetividade: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

3) Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

4) Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde são avaliados com relação aos custos.

5) Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

6) Legitimidade: aceitabilidade do cuidado, da forma como é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

7) Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Nesse sentido, o referencial teórico-metodológico proposto por Avedis Donabedian, mais especificamente o componente resultado da atenção (DONABEDIAN, 1984) encontra justificativa para seu uso. Reforçamos, ainda, o fato de que temos, como foco de investigação, as ações em saúde voltadas às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família, a partir da perspectiva de quem recebe o serviço. Uma vez que o estudo envolve a criança como usuária do serviço de saúde, a oferta destes serviços será investigada a partir da vivência dos responsáveis pelas crianças.

### **3.2 Local do estudo**

O município de Vitória da Conquista situa-se nas encostas da Serra do Periperi, região do Planalto da Conquista, sudoeste do Estado da Bahia, a 512 km da capital Salvador. Sua área é de 3.405,580 Km<sup>2</sup>; esta se divide em distritos da zona rural e da sede. Com uma população estimada para 2010 de 306.866 habitantes, mantém a posição de 3º município baiano em população e o 77º do Brasil (IBGE, 2010). Possui clima temperado na maior parte do ano, ao contrário do que se imagina para localidades situadas na caatinga. Uma parte do município, onde a caatinga predomina, é bastante seca durante quase todo o ano, e a cidade está

inclusa no chamado Polígono das Secas, usufruindo alguns benefícios fiscais, em virtude desta condição (GOULART, 2002).

Em função de sua privilegiada localização geográfica, a cidade é um ponto de fluxo de correntes humanas e comerciais, uma vez que está às margens da Rodovia Via Bahia, antiga BR-116, que liga o Nordeste ao Sul-Sudeste do Brasil. Trata-se de uma posição geográfica estratégica, com influências econômicas e culturais recíprocas dentro de uma enorme região que abrange os Estados da Bahia e de Minas Gerais, polarizando mais de 80 municípios, com uma população de abrangência superior a um milhão de habitantes (TEIXEIRA, 2001).

Apresenta atividade agrícola consolidada, sendo referência regional nos setores de educação, saúde e comércio. O município tende a se afirmar como polo de serviços rodoviários e também como centro universitário e de pesquisas (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2011a).

Vitória da Conquista é considerado um município de médio porte, com Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. O setor saúde, desde 1997, é referência para todo o país, o que possibilitou, à população da região, a oferta de atendimento médico-hospitalar compatível com o serviço oferecido em grandes centros (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2011b). Tal setor conta com um total de 303 estabelecimentos de saúde, sendo 201 pertencentes à rede pública (dois estaduais e 199 municipais) e 102, à rede privada. O setor de internações conta com 270 leitos em estabelecimentos públicos e 590 leitos em estabelecimentos privados. Sete estabelecimentos, entre público e privado, possuem atendimento em emergência pediátrica, sendo um deles o Hospital Municipal Esaú Matos que se encontra no rol dos hospitais “Amigo da Criança” (IBGE, 2010).

O sistema municipal de saúde tem como base o Programa de Saúde da Família que presta atendimento preventivo e clínico, além de encaminhar pacientes para os demais serviços de saúde da rede. As primeiras equipes de PSF surgiram em 1998 na zona urbana, e no ano de 2000 se estenderam para a zona rural. Atualmente, o município conta com uma cobertura de 63% em todo o município, sendo que a zona rural possui cobertura de 100%. Do total de 36 equipes de saúde, entre PSF e Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 são PSFs e estão situadas na zona urbana, 15 são PSFs e estão situadas na zona rural e oito são UBSs. Além disso, possui quatro equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2011b).

Segundo Goulart (2002), a atenção ambulatorial do município de Vitória da Conquista tem predomínio público e municipal, com cerca de 75% das unidades cadastradas dentro de tal categoria. Cem por cento das ações de atenção básica encontram-se sob gestão do município. O setor privado é menos expressivo nesta faixa de atenção, com cerca de um quarto das unidades cadastradas.

Um estudo que objetivou avaliar a implementação do PSF, em alguns centros urbanos, destaca algumas peculiaridades da experiência de Vitória da Conquista (BRASIL, 2005b). O estudo aponta que se trata de uma estratégia e não um mero programa; constitui uma proposta de atenção integral à saúde; possui ênfase em uma base territorial definida; realiza um balanço adequado entre oferta programada e atenção à demanda; tem concentração em atividades extramuros; configura-se como um autêntico processo de conversão do modelo assistencial à saúde (BRASIL, 2005b).

Alguns autores consideram que a gestão do município de Vitória da Conquista tem obtido bom desempenho em suas ações, estando coerentes com os princípios e as diretrizes estabelecidos pelo SUS (BRASIL, 2005b; GOULART, 2002; TEIXEIRA, 2001). Além disso, a experiência de implantação de um Sistema Municipal de Saúde é identificada como um dos mais importantes e bem-sucedidos processos de municipalização da saúde no Estado da Bahia (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2010; SOLLA, 2005).

O estudo foi desenvolvido em 13 USFs da zona urbana do município de Vitória da Conquista-BA. A escolha dessas justificou-se pela facilidade de acesso às unidades por parte do pesquisador e colaboradores, e disponibilidade de recurso financeiro, durante o período da pesquisa. Também por possuir um número significativo de unidades de saúde que utilizam a ESF, com cobertura de mais de 50% do município.

### **3.3 Participantes**

Participaram do estudo as mães de crianças menores de um ano ou cuidadores principais destas (como avós, tios ou cuidadores legais), residentes no município e que pertenciam às áreas de abrangência das USFs. Identificou-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado da saúde da criança.

Nesse sentido, a partir de agora denominaremos todos os participantes como *cuidadores*.

Dados levantados junto à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista demonstram que, no ano de 2010, nasceram 2.935 crianças, sendo 1.456 destas pertencentes às USF da zona urbana do município.

A Tabela 1 apresenta dados relacionados ao número de nascimentos e óbitos por Unidade de Saúde da Família no município de Vitória da Conquista, no ano de 2010.

Tabela 1- Número de nascidos vivos segundo Unidade de Saúde da Família, zona urbana, em 2010. Vitória da Conquista, 2012.

<b>Unidade de Saúde da Família</b>	<b>Nascidos vivos</b>
1	82
2	85
3	207
4	226
5	114
6	86
7	108
8	91
9	99
10	90
11	126
12	85
13	57
<b>Total</b>	<b>1.456</b>

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. 2010.

Considerando que, nas USF da zona urbana do município, o total de nascidos vivos foi 1.456 e o número de óbitos de menores de um ano de idade foi 31 (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010), calculamos o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). No ano de 2010, o CMI foi de 21,29 óbitos por mil nascidos vivos, considerado elevado.

Por ser uma população grande e para que o projeto fosse exequível no prazo determinado para coleta dos dados, participaram do estudo os cuidadores de crianças menores de um ano que compareceram às USF por livre demanda para atendimento na sala de vacina e/ou para consulta médica ou de enfermagem (agendada ou eventual), no período de coleta dos dados. Cabe ressaltar que, no

município, as USF, cenário desta pesquisa, possuem sala de vacina, diferentemente de outras USF em diversos municípios brasileiros.

Utilizamos como critério de inclusão as crianças pertencentes à área de abrangência da USF, que utilizam o SUS como serviço de atendimento em saúde e que já haviam sido atendidas, anteriormente, pela unidade de saúde, pelo menos uma vez. A escolha por incluir cuidadores que já tivessem comparecido à USF para atendimento da criança diz respeito ao fato de que estes sujeitos poderiam contribuir com a investigação, ao fornecer sua opinião acerca das ações em saúde e dos serviços direcionados à criança.

### **3.4 Coleta e registro dos dados**

Para atender aos objetivos propostos, foi realizada entrevista com os cuidadores, presentes na USF, tendo como base a quantidade de atendimentos dessa clientela, que identificamos por meio de registros do mês anterior à coleta. A abordagem se deu mediante convite à participação na pesquisa, no momento em que chegavam à USF, sendo informados de que a entrevista aconteceria após o atendimento da criança na sala de vacina e/ou após consulta médica ou de enfermagem, com o intuito de não interferir no andamento das atividades na USF. A escolha pela consulta médica ou de enfermagem e pela sala de vacina deve-se ao fato de que, no primeiro ano de vida, a USF é um local frequentado, no mínimo, nove vezes pelas crianças, quer seja para cumprimento do calendário vacinal da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, quer seja para consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Os dados foram coletados no período de 03 de janeiro a 27 de junho de 2012. O período da coleta dos dados foi idêntico em todas as USF, estabelecido pelo pesquisador em cinco dias úteis para cada uma, dentro de seu horário de funcionamento (8:00h às 12:00h e das 13:00h às 17:00h), possibilitando igual oportunidade a todos os usuários das USF para participação no estudo.

Cabe ressaltar que nesse período houve um movimento grevista da polícia militar, sendo que a maioria dos serviços destinados à população foi afetada. A população viveu momentos de tensão e medo, e o fluxo de pessoas nas ruas e

dentro de serviços públicos e particulares diminuiu significativamente (GUIBU, ROCHA, 2012).

Dez alunos voluntários, da Universidade Estadual do Sudoeste Baiano e da Universidade Federal da Bahia, participaram da coleta de dados, após treinamento oferecido pelo pesquisador. Além disso, estes colaboradores foram supervisionados pelo pesquisador periodicamente em cada USF participante do estudo.

Estudo realizado no Brasil por Ibañez et al. (2006), com foco na avaliação da APS, definiu sua amostra de usuários por meio de conglomerados seguindo duas etapas: primeiramente, sortearam as UBS de municípios mais populosos e incluíram todas as UBS dos demais municípios. Posteriormente, o número de usuários foi definido proporcionalmente aos atendimentos do mês na unidade. As entrevistas foram realizadas em dois períodos, manhã (das 8 às 12 horas) e tarde (das 13 às 17 horas), preferencialmente em dias diferentes da semana. Não foi necessário considerar o peso relativo de cada unidade amostral e realizar as ponderações compensatórias para ajustar os resultados, uma vez que a amostra foi composta dentro das proporções de atendimento, tanto com relação à UBS, quanto também ao período (IBAÑEZ et al., 2006).

Cada criança foi identificada no momento da coleta de dados, para que as mães e/ou cuidadores que comparecessem à unidade mais de uma vez, durante o período da coleta, não fossem duplamente entrevistados.

### **3.5 Instrumento de coleta de dados**

O objetivo da entrevista foi obter informações acerca da experiência das mães ou cuidadores sobre a assistência prestada à criança na USF. Para tanto, utilizamos o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Infantil – Brasil) (Anexo 1) para serviços de saúde infantil.

Com base no modelo de avaliação proposto por Avedis Donabedian, a pesquisadora Barbara Starfield e colaboradores do *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* desenvolveram, no ano de 1997, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment Tool - PCATool*), com versões autoaplicáveis destinadas às crianças



(STARFIELD, 2002). Em 2001, desenvolveu-se a versão adulto desse mesmo instrumento (SHI et al., 2001), cuja avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1984; STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, 2002).

Esse instrumento, constituído por 77 itens sobre os sete atributos da APS, possibilita, por meio de respostas tipo *Likert*, a construção de escores de Atenção Primária à Saúde com intervalo de 1 a 4 para cada atributo. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens que também variam de 1 a 4. Alguns atributos são formados por subdimensões como, por exemplo, o acesso (primeiro contato e utilização), a integralidade (serviços recebidos e serviços disponíveis) e a coordenação (sistema de informação e fluxo de usuários). A soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde produzem o Escore Essencial da APS. A soma das médias desses escores essenciais com as médias dos três escores derivados produz o Escore Geral da APS (BRASIL, 2010b; HARZHEIM et al., 2006;).

Validado nos Estados Unidos, Espanha, Canadá e Coreia do Sul (HAGGERTY et al. , 2008; HARZHEIM et al., 2006; LEE et al., 2009; PASARÍN, 2007), esse instrumento foi traduzido e validado no Brasil pela primeira vez em um estudo realizado para a avaliação da rede básica de saúde do município de Petrópolis-RJ, em 2004 (MACINKO; ALMEIDA; SA, 2007) e, em 2006, por um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e recebeu a denominação de *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil* (HARZHEIM et al., 2006).

A validação do instrumento no Brasil (HARZHEIM et al., 2006) percorreu as seguintes etapas:

- a) Tradução: do inglês para o português e do português para o inglês (tradução reversa)
- b) Adaptação: uma vez que o questionário original era autoaplicável, converteu-se para um questionário de aplicação por meio de entrevistadores. Além disso, foi necessário adaptá-lo às características culturais e etárias da população e dos serviços de saúde nacionais.
- c) Pré-teste: realizou-se a aplicação do instrumento em cinco indivíduos semelhantes à população em estudo, quando se avaliou o grau de

entendimento para cada uma das perguntas até o esgotamento das dúvidas. Esses cinco indivíduos eram cuidadores (mães) de crianças menores de dois anos de idade, usuárias de serviço de atenção básica à saúde do local do estudo. Nessa etapa, algumas perguntas foram excluídas e outras modificadas.

- d) Validade de conteúdo e construto: consistiu em avaliar a adequação com a qual uma medida afere o domínio de interesse, mediante a determinação do grau de concordância entre cada item e seu atributo. Em seguida, foi feita a validação do construto por meio de análise fatorial e avaliação conceitual de cada fator para relacioná-los aos atributos originais validados na versão norte-americana.
- e) Confiabilidade: 10% das entrevistas foram repetidas em um intervalo médio de 24 dias. Os escores médios de cada atributo foram calculados e obtidos, nos dois momentos distintos, e comparados por método estatístico que demonstrou a consistência interna do instrumento.

Desse modo, a versão validada do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010b; HARZHEIM et al., 2006;) ficou composta pelos itens:

- Grau de Afiliação com os Serviços de Saúde (A);
- Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B);
- Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C);
- Longitudinalidade (D);
- Coordenação – Integração de Cuidados (E);
- Coordenação – Sistemas de Informações (F);
- Integralidade – Serviços Disponíveis (G);
- Integralidade – Serviços Prestados (H);
- Orientação familiar (I);
- Orientação Comunitária (J).

O atributo de competência cultural foi excluído, uma vez que, na análise fatorial, não se consolidou uma dimensão com três ou mais perguntas representativas deste atributo (HARZHEIM et al., 2006).

O PCATool possibilita, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem

reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010b).

Além disso, é uma ferramenta capaz de suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas. Uma vez que inexistem outros instrumentos já validados que possuem por objetivo a mensuração da presença e extensão dos atributos (essenciais e derivados da APS) em diversos serviços de saúde, o PCATool se faz extremamente importante (BRASIL, 2010b).

Permite, ainda, que sejam realizadas pesquisas com maior rigor e qualidade, além de fornecer uma forma consistente de avaliação e investigação da relação entre atributos da APS, utilização de serviços e resultados em saúde (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, ao avaliar o serviço de atenção à saúde da criança, o PCATool-Brasil versão Criança deve ser aplicado aos pais das crianças ou cuidadores destas, identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado da saúde da criança (BRASIL, 2010b).

Com a proposta de “Monitoramento e Avaliação do PROESF para o Desenvolvimento de Estudos Avaliativos”, pelo Ministério da Saúde, foi desenvolvido um estudo no Estado de São Paulo envolvendo os 62 municípios com mais de 100 mil habitantes, com o objetivo de avaliar o desempenho da atenção nos serviços de Atenção Básica. Para isso, utilizou-se o instrumento PCATool para profissionais de saúde, usuários e acompanhantes de usuários e compararam-se os resultados das entrevistas dos profissionais de saúde que atuavam na UBS e na ESF, por, pelo menos, seis meses. Com relação aos usuários, foram entrevistados aqueles que, ao menos uma vez, já tinham sido atendidos na UBS anteriormente, e avaliou-se o desempenho da APS em todas as UBS, independente da estratégia de serviço adotada (IBAÑEZ et al., 2006).

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que os serviços da ESF foram considerados melhores do que os serviços das unidades tradicionais, apesar de as dimensões relativas à acessibilidade e à porta de entrada se mostrarem semelhantes para os dois tipos de serviços (IBAÑEZ et al., 2006).

Dessa forma, entende-se que o referido instrumento constitui importante ferramenta de pesquisa, uma vez que busca avaliar o serviço de saúde com rigor, identificando aspectos que auxiliem no planejamento e na gestão desses serviços.

### **3.6 Estudo-piloto**

Foi realizado um estudo-piloto, no período de 03 de janeiro a 24 de fevereiro de 2012, com uma amostra de cinco mães para cada entrevistador (colaborador), totalizando 50 sujeitos. Depois de realizadas as entrevistas, o pesquisador principal se reuniu com os colaboradores da pesquisa com o objetivo de sanar dúvidas e dificuldades, e dessa forma realizar ajustes que julgasse necessários, relacionados à coleta dos dados para que fosse certificada a familiarização com o instrumento (PCATool). Após avaliação do pesquisador principal, verificou-se adequação na coleta dos dados, não sendo necessários ajustes. Nesse sentido, os sujeitos do estudo-piloto foram incluídos na investigação.

### **3.7 Processamento e análise dos dados**

Após a coleta, os dados foram registrados em planilha eletrônica de dupla entrada, posteriormente validada. Em seguida, os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 16.

Realizamos, no início, a inversão dos valores atribuídos em quatro itens que constam em dois atributos. Esta operação se faz necessária, uma vez que os mesmos foram formulados de modo que o maior valor atribuído representa uma menor orientação para a APS (BRASIL, 2010b).

Na sequência, identificamos a viabilidade das respostas de cada indivíduo, para que o mesmo fosse ou não considerado no momento do cálculo de cada escore. Quando a soma das respostas em branco (“*missing*”) de um indivíduo com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi maior ou igual a 50% de itens de um componente, não calculamos o escore desse componente para esse entrevistado. O

escore desse componente para o entrevistado ficou em branco (“*missing*”), no banco de dados.

Quando a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, transformamos o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). De acordo com o manual, tal transformação é necessária, uma vez que ela pontuará negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010b).

Após esses passos, calculamos o Grau de Afiliação (componente de estrutura do atributo Longitudinalidade), referente aos itens A1, A2 e A3. O escore para esse componente necessitou do uso do algoritmo (BRASIL, 2010b):

- Todas as respostas NÃO:  
 $A1=A2=A3=0$ , então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes relativas a diferentes serviços:  $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$ , então Grau de Afiliação = 2.
- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:  $A1=A2$  ou  $A1=A3$  ou  $A2=A3$  e iguais a SIM, então Grau de Afiliação = 3.
- Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço:  $A1=A2=A3=1$ , então Grau de Afiliação = 4.

O escore de cada atributo foi obtido seguindo instruções específicas do manual PCATool (BRASIL, 2010b), a partir da soma do valor dos itens de cada atributo, dividido pelo número de itens.

Mediante cálculo da soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, foi produzido o Escore Essencial da APS. Após, efetuou-se a soma das médias destes escores essenciais com as médias dos três escores derivados para a produção do Escore Geral da APS.

Uma vez que as respostas a cada questão do instrumento tem valores 1 (*com certeza não*); 2 (*provavelmente não*); 3 (*provavelmente sim*) e 4 (*com certeza sim*), o ponto de corte dos escores é 3, ou seja, respostas positivas em relação aos atributos avaliados (BRASIL, 2010). Nesse sentido, o escore obtido foi considerado elevado quando  $\geq 3$  (BRASIL, 2010).

A análise dos dados baseou-se na estatística descritiva. Tendo por base o referencial de Donabedian (1984), fizemos a análise dos componentes avaliados, à luz das diretrizes e princípios do SUS, entendendo como eixos de discussão os atributos da APS: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção.

### **3.8 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após anuência da SMS de Vitória da Conquista, com aprovação em setembro de 2011 (Protocolo nº 1399/2011) (Anexo 2).

O projeto também foi enviado às USF para conhecimento. Uma reunião foi realizada com cada uma das Equipes de Saúde da Família, para apresentação e discussão dos objetivos da pesquisa.

Os participantes, ao serem convidados a participar da pesquisa, receberam informações acerca dos objetivos da mesma e ao aceitarem, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (Apêndice 1). Quando a mãe da criança era menor de 18 anos, um TCLE foi assinado por seu responsável (Apêndice 2).

Todos os participantes receberam uma cópia do Termo assinada, ficando a outra via retida com o pesquisador. A identificação das USF foi realizada utilizando-se números arábicos (1, 2, 3, ...), e as entrevistas com as mães ou cuidadores foram numeradas na ordem em que foram realizadas utilizando a letra E (E1, E2, ...), garantindo o sigilo dos dados e atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

## 4 RESULTADOS

---

## 4 RESULTADOS

O total de menores de um ano pertencentes à zona urbana de Vitória da Conquista é de 1.456 crianças, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2010). Ao apresentar os sujeitos participantes deste estudo, optamos por denominá-los *cuidadores* e assim, incluir nesses, tanto as mães quanto os principais responsáveis pelo cuidado da criança. Foi abordado durante a coleta de dados um total de 333 cuidadores, sendo que, destes, 271 (81,4%) aceitaram participar do estudo, 13 (3,9%) recusaram e 49 (14,7%) não estavam dentro dos critérios de inclusão (crianças trazidas por pessoas que não constituíam o cuidador principal, crianças com convênios e crianças pertencentes a outra área de abrangência).

Dos 62 cuidadores de crianças menores de um ano que não se incluíam nos critérios do estudo, 19 eram cuidadores de crianças que possuíam convênios, 19 estavam com crianças que pertenciam a outra área de abrangência e cinco não constituíam o cuidador principal (babá, tios, etc.). Como já mencionado, registramos 13 recusas entre os cuidadores convidados a participar do estudo.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos entrevistados nas 13 USF da área urbana de Vitória da Conquista-BA, no período de janeiro a junho de 2012, sendo que a maioria concentrou-se nas USF 1, 2 e 5.

Tabela 2 – Número de entrevistas por Unidade de Saúde da Família, zona urbana. Vitória da Conquista, 2012.

Unidade de Saúde	Número de Entrevistas	
	N	%
USF 1	31	11,4
USF 2	39	14,4
USF 3	18	6,6
USF 4	21	7,7
USF 5	30	11,1
USF 6	22	8,1
USF 7	20	7,4
USF 8	23	8,5
USF 9	19	7,0
USF 10	07	2,6
USF 11	07	2,6
USF 12	11	4,1
USF 13	23	8,5
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100</b>



Das crianças cujos cuidadores responderam às entrevistas, 136 (50,2%) eram do sexo feminino e 135 (49,8%), do sexo masculino. A média da idade das crianças foi de 4,9 meses (DP= 3,2). A Tabela 3 apresenta a distribuição das crianças nas USF estudadas.

Tabela 3 – Distribuição de crianças menores de um ano, conforme a idade, nas Unidades de Saúde da Família, zona urbana. Vitória da Conquista, 2012.

Idade (em anos)	Número de criança	
	N	%
0	19	7,0
01	31	11,4
02	29	10,7
03	28	10,3
04	23	8,5
05	20	7,4
06	40	14,8
07	17	6,3
08	15	5,5
09	27	10,0
10	10	3,7
11	12	4,4
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100</b>

0 = crianças menores de um mês

A Tabela 4 apresenta o grau de afiliação dos usuários das USF investigadas, como também os escores para cada atributo avaliado.

Tabela 4 – Valores dos escores do grau de afiliação e atributos da APS nas Unidades de Saúde da Família. Vitória da Conquista, 2012.

Atributos	Média	DP	Mín	Máx
Grau de afiliação	3,22	0,94	1	4
Acesso de primeiro contato - Utilização	3,16	0,77	1	4
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	2,44	0,74	1	4
Longitudinalidade	3,07	0,53	1,8	4
Coordenação – Integração de cuidados	2,21	0,91	1	3,5
Coordenação – Sistema de Informação	3,23	0,56	1	4
Integralidade – Serviços disponíveis	2,83	0,36	2	4
Integralidade – Serviços Prestados	2,81	0,98	1	4
Orientação Familiar	2,03	0,75	1	4
Orientação Comunitária	2,79	0,82	1	4

No tocante ao grau de afiliação, encontramos o valor de escore elevado. Observamos que, do total de entrevistados, 258 (95,2%) cuidadores relataram existir um serviço de saúde em que “*geralmente*” levam a criança, quando a mesma necessita de atendimento, e 13 (4,85%) sujeitos disseram não existir um serviço específico. Ao perguntar aos cuidadores se existia um serviço de saúde que “*melhor conhecia*” a criança, 183 (67,5%) mencionaram o mesmo serviço de saúde em que “*geralmente*” levam a criança quando necessitam, 78 (28,8%) responderam que não existia um serviço de saúde que “*melhor conhecia*” a criança e 10 (3,7%) responderam que o serviço de saúde que “*melhor conhecia*” sua criança não era o mesmo que “*geralmente*” a levava. Cento e cinquenta e sete (57,9%) entrevistados disseram que o serviço de saúde “*mais responsável*” pelo atendimento da sua criança era o mesmo que “*geralmente*” a levavam e que a “*conhecia melhor*”; 70 (25,8%) cuidadores disseram que não existia um serviço “*mais responsável*” pelo atendimento das crianças; 29 (10,7%) mencionaram o mesmo serviço que “*geralmente*” levam a criança quando necessitavam; cinco (1,8%) mencionaram o mesmo serviço que “*melhor conhece*” sua criança, e 10 (3,7%) mencionaram serviços diferentes dos acima citados.

Quando as três respostas referentes ao grau de afiliação foram negativas, o questionário foi direcionado ao serviço de saúde procurado pela última vez. Como as entrevistas foram realizadas após os atendimentos, esses entrevistados responderam sobre a USF que estavam utilizando. Vale lembrar que as crianças eram cadastradas na USF em questão.

O acesso de primeiro contato, referente à utilização do serviço, apresentou escore elevado; 234 (87,8%) entrevistados disseram que a ESF em questão é o primeiro serviço de saúde a ser procurado para uma consulta de da criança; 146 (53,9%) disseram também procurar a USF frente a um novo problema de saúde apresentado pela criança e 191 (70,5%) referiram que a USF encaminha as crianças quando estas necessitam de atendimento especializado.

Já no acesso de primeiro contato, acessibilidade, o escore foi baixo. Do total de entrevistados, 173 (63,9%) disseram que a criança era atendida no mesmo dia; 127 (46,9%) relataram esperar muito tempo para falar com alguém da USF ou fazer um agendamento; 179 (66%) referiram não ter dificuldades em agendar consultas de rotina (crescimento e desenvolvimento); 44 (16,3%) mencionaram esperar mais que 30 minutos para que a criança seja atendida; 147 (54,2%) referiram dificuldade em

conseguir um atendimento médico para a criança e 72 (26,6%) relataram conseguir algum aconselhamento por meio de telefone.

No que se refere ao atributo longitudinalidade, o escore encontrado foi elevado, sendo que 242 (89,3%) entrevistados reconheceram o mesmo profissional como responsável pelo seguimento da criança na USF. Apesar disso, 203 (74,9%) cuidadores não consideram que poderiam ter suas dúvidas retiradas via ligação telefônica feita à unidade de saúde, caso fosse necessário.

Com relação à comunicação entre profissional de saúde e responsável pela criança, a maioria dos cuidadores reforça que há uma estreita ligação que permite um diálogo claro entre ambos com espaço para escuta, esclarecimento de dúvidas, o que os leva a se sentirem confortáveis para colocar os questionamentos que possuem acerca do cuidado da criança. Outro aspecto positivo levantado está relacionado ao conhecimento que o profissional de saúde que acompanha a criança possui sobre a história clínica da mesma, explícito por 203 (74,9%) cuidadores entrevistados.

Como negativo, tem-se que 107 (39,5%) cuidadores apontaram que o profissional de saúde que atende a criança a conhece mais como um problema de saúde e não como uma pessoa, e sobre a possibilidade de esse profissional se colocar disponível para conversar com toda a família a respeito da saúde da criança, 148 (54,6%) entrevistados indicaram a não ocorrência de tal ação de cuidado.

A coordenação da atenção, relacionada à integração de cuidados, e no caso do instrumento utilizado, diz respeito ao encaminhamento da criança para atendimento em serviço especializado, neste caso encontramos baixo escore. Somente 102 (37,6%) entrevistados referiram que suas crianças foram atendidas em serviços especializados. Este valor, abaixo do mínimo esperado como adequado, resulta da somatória de todas as médias do total de entrevistados. Uma vez que menos da metade respondeu a este item, a tendência do mesmo, na média geral, é diminuir.

Ao olhar para aqueles que responderam a este atributo, observamos que a maioria foi encaminhada pela USF; 178 (65,7%) cuidadores relataram que o médico/enfermeiro da unidade de saúde em questão tinha conhecimento da consulta e 149 (54,9%) disseram que estes sabiam dos resultados da consulta. Como aspecto negativo, tem-se que 138 (51%) cuidadores referiram que o médico/enfermeiro não conversou, posteriormente, sobre o que aconteceu durante a

consulta no serviço especializado e 149 (54,9%) disseram que o médico/enfermeiro não pareceu interessado na qualidade do cuidado ofertado à criança nestes casos específicos.

Quanto à coordenação – sistema de informação – o escore encontrado foi elevado. Do total de entrevistados, 246 (90,7%) referiram que, ao levar a criança na USF, levam também algum registro de saúde da criança; 233 (86%) disseram que o prontuário da criança está sempre disponível na unidade e 164 (60,5%) afirmaram que não podem ler o prontuário de sua criança.

O atributo integralidade, serviços disponíveis, apresentou escore baixo. O percentual de cuidadores que referiu a existência de tais serviços foi: vacinas (87,8%), participação de programa de assistência social ou benefício social (49,8%), planejamento familiar (84,9%), programa de suplementação nutricional (24,4%), aconselhamento para problemas de saúde mental (18,1%); sutura de corte com pontos (49%); aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV (78,2%) e identificação de problemas visuais (27,7%).

No que se refere aos serviços prestados, ainda no atributo integralidade, também encontramos baixo valor do escore. O percentual de entrevistados que relatou conversar sobre tais assuntos nas consultas da criança foi: orientação para manter sua criança saudável (87,5%); segurança no lar (57,2%); mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança (56,1%); maneiras de lidar com o comportamento da criança (41%) e maneiras de manter a criança segura (45,7%).

O atributo orientação familiar resultou em baixo valor de escore, sendo apresentado, a seguir, o percentual de respostas dos entrevistados para cada item que compõe tal atributo, de modo a explicitar o conteúdo do mesmo e a percepção do cuidador. Os entrevistados apontaram que o médico conhece a família (17,3%) e sabe quais os problemas desta (23,6%). Com relação ao conhecimento acerca do trabalho ou emprego dos membros da família, os cuidadores revelam que o médico tem conhecimento (13,6%) sobre as doenças que existem na família (74,9%). Caso fosse necessária a aquisição de medicamento para a criança, 32,4% dos entrevistados apontam que o médico ou enfermeiro conseguiria o fármaco. Para 35,4% dos cuidadores, as opiniões ou ideias que possuem durante o tratamento ou no cuidado da criança são levadas em conta pelo médico/enfermeiro.

No tocante à orientação comunitária, encontramos baixo escore, sendo que 180 (66,4%) dos cuidadores relataram receber visita domiciliar; 137 (50,5%)

disseram que a unidade de saúde conhece os problemas de saúde da vizinhança; 143 (52,7%) apontaram que o serviço de saúde não realiza pesquisa na comunidade e 154 (56,8%) referiram serem convidados para o Conselho Local de Saúde.

Tabela 5 - Valores dos escores essencial e geral. Vitória da Conquista, 2012.

<b>Escores</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
Essencial	2,59	0,47	0,4	3,7
Geral	2,52	0,46	0,5	3,8

As médias dos escores Essencial e Geral estão apresentadas na Tabela 5. Tanto o Escore Essencial quanto o Escore Geral da APS resultaram em valores abaixo do mínimo considerado adequado. O Escore Essencial é medido a partir da soma do escore médio dos componentes pertencentes aos atributos essenciais, acrescido do Grau de Afiliação, dividido pelo número de componentes. Como alguns escores essenciais foram inferiores ao limite considerado, estes valores trouxeram o Escore Essencial para baixo. O mesmo foi obtido no Escore Geral, que é dado a partir da soma dos componentes essenciais, acrescido do Grau de Afiliação e dos atributos derivados; todos eles, depois de somados, são divididos pelo número total de componentes. Apesar de valores considerados adequados em alguns escores, indicando boa presença e extensão de atributos da APS na vivência dos cuidadores, a tendência final foi um escore reduzido, resultante de atributos que não apresentaram escore suficiente, como Acesso de primeiro contato (acessibilidade), coordenação da atenção (integração de cuidados), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e comunitária.

## 5 DISCUSSÃO

---

## 5 DISCUSSÃO

No presente estudo, a utilização do PCATool permitiu a avaliação da atenção à saúde da criança no âmbito da ESF, a partir da vivência dos cuidadores relativa a cada atributo. Tais sujeitos se tornam foco de interesse para este campo de investigação, uma vez que a visão avaliativa do usuário dos serviços de saúde é importante dentro do processo assistencial, pois é quem usufrui o serviço com seus aspectos positivos e negativos. Nesse sentido, o serviço tende a ser avaliado de modo mais crítico pelo usuário do que pelos profissionais de saúde (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; VAN STRALEN et al., 2008).

As unidades de ESF foram identificadas pela maioria dos entrevistados como referência para as necessidades de saúde da criança, fato explícito pelo escore satisfatório do grau de afiliação. Favorecem, também, a relação entre cuidadores e profissionais e possibilitam o conhecimento da situação de saúde desse público. Tais achados corroboram estudos semelhantes (HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA et al., 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010).

Ao analisarmos os valores das médias de escores, destacam-se os baixos escores para a maioria dos atributos avaliados, assim como no estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011). Notamos que o grau de afiliação e os atributos acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (sistema de informação) obtiveram bons resultados. Todavia, os atributos acesso de primeiro contato (acessibilidade), coordenação (integração de cuidado), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária apresentaram baixos valores de escores.

Dessa forma, sendo a ESF um modelo de reorganização e fortalecimento da APS (STARFIELD, 2002), além de um espaço propício para a promoção da saúde da criança (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011), esses achados indicam a necessidade de melhoria da oferta, como também da vivência dos atributos da APS, mediante reformulação do processo de trabalho por parte dos gestores e profissionais de saúde, para garantir a qualidade e eficiência da APS e, conseqüentemente, consolidar os princípios do SUS.

No que se refere ao acesso de primeiro contato, observou-se que, além de os usuários identificarem os serviços de saúde como referência ao cuidado infantil, a maioria também utiliza os mesmos, exposto pelo alto escore do atributo acesso de primeiro contato - utilização. Percebemos que as unidades de ESF constituem o primeiro local a ser procurado pelos cuidadores, quando necessitam de cuidados de saúde (CORRÊA et al., 2011; SOUSA, 2008) além de se constituírem em um dos meios para encaminhamentos a outros serviços de saúde.

Considerando a importância da atenção primária como porta de entrada aos serviços de saúde (CONILL, 2011; CORRÊA et al, 2012; STARFIELD, 2002), torna-se importante, também, investigar a acessibilidade da população infantil a esses serviços. A acessibilidade configura-se pelas características organizacionais dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam a sua utilização pelos usuários (COSTA et al., 2011).

No presente estudo, foram avaliados os aspectos referentes à acessibilidade organizacional e encontramos baixos valores de escores para as questões relacionadas ao agendamento de consultas, ao tempo para obter uma consulta e ao tempo de espera para ser atendido pelos profissionais da unidade. Do total de entrevistados, a maioria relatou que o serviço de saúde ali referido possuía capacidade para atender à população infantil com agilidade, quando esta apresenta alguma doença aguda ou agudização de um problema crônico. Entretanto, ao analisarmos o tempo de espera para agendar uma consulta nas unidades e o tempo de espera para ser atendido pelos profissionais, observamos insatisfação na maioria dos entrevistados.

Esses achados mostram que ainda existem obstáculos que impedem as crianças de acessarem os serviços de saúde, corroborando outros estudos semelhantes (ALMEIDA, OLIVEIRA, SÁ, 2004; COSTA et al., 2011; HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA et al., 2011). Para Leão, Caldeira e Oliveira (2011), esses resultados podem ser explicados devido às particularidade da criança e às demandas curativas apresentadas aos serviços de saúde pelo maior volume de afecções agudas. Tais fatos indicam a necessidade de direcionar as ações de saúde, com um olhar específico voltado às peculiaridades da saúde da criança, no que diz respeito à sua maior vulnerabilidade biológica e social.

Costa et al. (2011) encontraram em seu estudo que, apesar das dificuldades como a demora no tempo de espera para a consulta e as filas, as mães



demonstraram-se satisfeitas com a marcação das consultas, uma vez que neste cenário de investigação são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam o agendamento e assim garantem o acesso e a facilidade de obter a consulta.

Dessa forma, alude-se à necessidade dos gestores e dos profissionais do município discutirem e priorizarem as reais necessidades da população, para uma melhor organização e estruturação do trabalho com ênfase nas práticas voltadas ao acolhimento da população.

No tocante à longitudinalidade, os valores das médias de escores foram satisfatórios, semelhantes a outros estudos (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010). A longitudinalidade é considerada como atributo-chave da APS, (CASSADY et al., 2000; CUNHA, GIOVANELLA, 2011) e isso é ratificado em nossa investigação, uma vez que as USF identificadas foram ponto de partida da pesquisa. Tal atributo está fortemente relacionado à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência (CUNHA, GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002).

Foi perceptível que a maioria das ações de longitudinalidade obteve valores de escores aceitáveis, coincidindo com achados da literatura (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA et al., 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010), embora quatro ações apresentassem esses valores abaixo da média. Apesar da deficiência de algumas ações, percebemos que a ESF constitui referência para a maioria das necessidades de saúde da criança, favorece a relação entre cuidadores e profissionais, além de possibilitar o conhecimento da situação de saúde desse público. Desse modo, a interação entre equipe de saúde, família e história de vida da criança é imprescindível para uma assistência de qualidade. Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010) também ressaltam tal afirmação, pois, além de constatarem a existência de vínculo entre pacientes e equipe de saúde, perceberam que os responsáveis pelas crianças consideram satisfatória a postura dos profissionais de saúde.

Mello e Lima (2009) destacam a importância da qualidade de comunicação entre a família e os profissionais na assistência à saúde da criança, para alcançar adequados resultados de saúde. As autoras apontam a necessidade de a equipe repensar suas práticas, no sentido de aumentar o vínculo com a população, a adesão às medidas de proteção e promoção à saúde, a atuação efetiva dos

profissionais de saúde junto às famílias e a construção de planos de responsabilização e de projetos de saúde (MELLO, LIMA, 2009).

Sendo assim, a avaliação da longitudinalidade é oportuna, posto que tal atributo é caracterizado como aspecto fundamental e está relacionado à sua eficiência (CASSADY et al., 2000; CUNHA, GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002;). Todavia, é importante considerar que um resultado positivo para tal atributo só será possível, se o gestor de saúde priorizar em seu escopo esses serviços e ações, na medida em que envolvem questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A coordenação é a continuidade do cuidado mediante disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores, por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos (STARFIELD, 2002, ALMEIDA et al., 2010). É um atributo que se caracteriza pela integração de cuidados e pela presença do sistema de informação. Quanto à integração de cuidados, o valor da média do escore foi insatisfatório, posto que a maioria dos entrevistados relatou que suas crianças não consultaram nenhum especialista ou serviço especializado. No tocante ao sistema de informação, a média de escore obtida está dentro dos parâmetros adequados, o que demonstra a continuidade do cuidado por meio de registros em prontuários. Os resultados da coordenação apontam positividade em um aspecto, porém negatividade em outro, o que indica fragilidade na coordenação da atenção como um todo, diferente de outros estudos (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA et al., 2011; VAN STRALEN et al., 2008).

Logo, verificamos que a fragilidade da comunicação entre os diversos níveis de atenção à criança compromete a continuidade do cuidado integral e o fortalecimento da APS enquanto coordenadora deste.

No que se refere à integralidade, observaram-se baixos valores de escores, tanto para os serviços disponíveis como para os serviços prestados. Isso demonstra que nem todas as ações de promoção e prevenção da saúde, voltadas ao cuidado integral à criança, vêm sendo executadas efetivamente nas ESF da zona urbana do município. Uma possível explicação para tal fato pode ser a inexistência de alguns serviços e ações nas unidades, ou mesmo a falta de divulgação destes por parte dos profissionais de saúde.

Vale ressaltar que todas as ESFs, cenários do estudo, possuem sala de vacina; todavia, um pequeno percentual dos participantes relatou não haver tal serviço na unidade. Logo, percebemos que alguns cuidadores ainda desconhecem os serviços e ações que as unidades de saúde oferecem. As ações que a maioria da população entrevistada relatou não possuir ou provavelmente não possuir na USF foram o programa de suplementação nutricional, o aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas, o aconselhamento para problemas de saúde mental e a identificação de problemas visuais. Além disso, 11,1% dos entrevistados disseram desconhecer a presença desses serviços nas unidades, o que contribuiu para o baixo valor do escore. Tais fatos diferem do estudo de Pereira et al. (2011) cujo atributo em questão apresentou um dos maiores valores de escore.

No tocante aos serviços prestados, observamos que alguns assuntos, tais como a maneira de lidar com o comportamento da criança e a orientação para manter a criança segura, não foram discutidos, com a maioria dos cuidadores, pelos profissionais de saúde. Esses resultados são semelhantes aos de Harzheim (2004) e Leão, Caldeira e Oliveira (2011) que também encontraram escores para esses serviços e ações, aquém dos valores ideais.

Já Costa et al. (2011) encontraram, em seu estudo, resultados semelhantes aos nossos que evidenciam o despreparo dos profissionais de saúde acerca das medidas preventivas, de controle e de promoção da saúde da criança, com pouca participação dos profissionais que ainda exercem práticas curativas oriundas do modelo biomédico, no âmbito da ESF.

Tais fatos podem ser justificados pela baixa interação entre os membros da equipe de saúde e destes com as crianças e suas famílias, em virtude de uma comunicação inadequada que, muitas vezes, é fruto da sobrecarga de trabalho dos profissionais, cujos atendimentos são focados na queixa principal do paciente, sem abordar outros aspectos do processo saúde-doença. Isso propicia a prática de atendimentos ineficazes e de baixa resolução, que estabelece obstáculos na construção de novas formas de produzir o cuidado na perspectiva da integralidade (COSTA et al. 2011; MATTIONI, BUDÓ, SCHIMITH, 2011; SOUSA, EDMANN, MOCHEL, 2011).

Mercado et al. (2012) revelam que um bom atendimento e a comunicação adequada entre paciente e profissional de saúde são ferramentas fundamentais para

o desempenho eficaz da APS e devem ser oferecidos a todos os usuários dos serviços de saúde, de forma indiscriminada.

Dentro do escopo da enfermagem, a sistematização da assistência encontra espaço para melhoria do atendimento, uma vez que busca integrar informações, de modo sistematizado, e avaliar o estado de saúde do usuário, diagnosticar suas necessidades de cuidado, formular um plano de cuidados, implementá-lo e avaliá-lo quanto à sua efetividade (HOCKENBERRY, 2006). Nesse sentido, as ações de enfermagem determinadas pelo enfermeiro, mediante uma avaliação efetiva das informações coletadas, além do emprego do raciocínio diagnóstico para cada realidade, visam a um cuidado estruturado e resolutivo. O planejamento dos cuidados de saúde à criança envolve a prestação de assistência, como também a promoção de uma alta qualidade nos serviços de atenção que atendem a esta clientela.

Estudo realizado nos centros de APS da Espanha concluiu que a utilização do processo de enfermagem é fundamental para oferecer atendimento de qualidade à população, visto que fornece informações específicas a respeito do cuidado, possibilitando o planejamento das ações (RIVAS et al., 2012).

Nesse sentido, é notório que vários fatores políticos, gerenciais, institucionais e estruturais limitam a integralidade do cuidado à criança na APS. Para alguns autores (CARDOSO, VIEIRA, 2012; COSTA et al., 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010; SOUSA, EDMANN, MOCHEL, 2011), a ESF não tem conseguido resolver os problemas de saúde da criança e da população em geral, e a articulação das ações entre a atenção primária, secundária e terciária acontece de forma informal, o que fere os princípios de acesso, equidade e integralidade da atenção definidos no SUS, além de gerar situações contínuas como baixa resolutividade da APS, o que contribui para o aumento da demanda nos demais níveis de complexidade e, conseqüentemente, eleva também a insegurança e insatisfação da população em relação aos cuidados oferecidos na APS.

Todavia, é evidente que o SUS ainda não possui estrutura suficiente para responder às diversas situações que permeiam o processo saúde-doença, não apenas pela sua estrutura física, como também pelo despreparo das equipes de saúde da família no enfrentamento de situações diversificadas (PEREIRA et al., 2011).

Diante disso, alude-se à necessidade de as unidades com a ESF ofertarem e divulgarem mais serviços de saúde para a população, bem como disponibilizarem profissionais qualificados em relação ao cuidado infantil para atenderem às necessidades básicas e de grande impacto na saúde geral das crianças, das famílias e da comunidade (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; NORONHA et al., 2009). Para isso é necessário o empenho de trabalhadores e gestores da saúde, na construção de novas práticas direcionadas à saúde integral do paciente, com uma organização dos serviços de saúde estruturada a partir de um processo efetivo de educação permanente (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

Com relação à orientação familiar, percebemos que esse atributo tem relação com a longitudinalidade, visto que a assistência à saúde da criança pressupõe maior interação com a família. A média de escore encontrada para esse atributo foi a mais baixa, quando comparada aos outros atributos. Dentre os seis itens que o compõem, apenas um foi classificado como bom. Os baixos escores dos outros itens indicam que, apesar de o escore da longitudinalidade ter sido bom, podemos afirmar que as práticas de saúde voltadas ao conhecimento do contexto familiar ainda são frágeis e reforçam o modelo assistencial biomédico. Outros estudos identificaram resultados semelhantes (HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA et al., 2011; VAN STRALEN et al., 2008). No tocante à orientação comunitária desenvolvida pelas unidades de ESF à saúde da criança, observamos baixo valor da média do escore. Ao analisarmos os itens que fazem parte desse atributo, observamos que apenas um possui baixo valor de escore, entretanto o fato de parte dos entrevistados desconhecer sobre as ações relacionadas a esse item contribuiu para o baixo valor desse escore. Nossos achados coincidem com os estudos de Costa et al. (2011) e Pereira et al. (2011), ao identificarem que a participação da população nos processos decisórios não está ocorrendo de forma efetiva, o que fere os princípios do SUS. Desse modo, torna-se imprescindível rever o processo de trabalho das unidades, de forma que a população possa participar efetivamente da formulação de propostas e tomadas de decisões.

A análise do escore essencial apresentou baixo valor, o que indica que as unidades de ESF, que são consideradas pelos cuidadores como fonte regular de atenção à saúde da criança, não estão fornecendo atenção em conformidade com os atributos essenciais da APS. No que se refere ao valor do escore geral (análise conjunta dos atributos essenciais e derivados), encontramos também baixo valor.

Tais resultados diferem de outro estudo semelhante que encontrou escores acima do valor satisfatório (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A síntese dos resultados do presente estudo nos permite afirmar que, na percepção dos cuidadores, a assistência integral à saúde da criança no âmbito da ESF não está sendo efetivada em consonância com os princípios da APS, mostrando fragilidade do sistema, apesar de avanços em sua reorganização.

Para Costa et al. (2011), a ESF não tem conseguido funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, mas sim como mais uma opção de atendimento, o que faz prevalecer o modelo assistencial focado no procedimento e na atenção médica.

Nesse sentido, aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem modificar a organização do processo de trabalho, enfatizando a atenção no usuário e sua família, no trabalho multiprofissional e nas ações de educação, prevenção de enfermidades e promoção da saúde, torna o serviço de saúde fragmentado e com baixa resolubilidade, o que inviabiliza a ESF como proposta de fortalecimento da APS (COSTA et al., 2011; STARFIELD, 2002;).

## 6 CONCLUSÕES

---

## 6 CONCLUSÕES

O presente estudo revelou a importância da avaliação da saúde integral das crianças no âmbito da ESF, visto que seus resultados apontaram potencialidades e fragilidades capazes de fornecer aos gestores e profissionais de saúde subsídios para um planejamento adequado às reais necessidades da população infantil.

Embora a cobertura da ESF no município de Vitória da Conquista seja considerada alta, as dimensões avaliadas permitiram apontar que alguns atributos da APS não estão sendo efetivados, no que se refere à assistência integral à saúde da criança. Apesar desses achados, observamos avanços com relação ao grau de afiliação, utilização dos serviços, longitudinalidade e sistema de informação. Os outros atributos, acessibilidade, integração de cuidados, integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária apresentaram baixos valores das médias dos escores, caracterizando o escore essencial e geral como insatisfatórios.

A ESF, apesar de ser um cenário preferencial para as ações de promoção e prevenção à saúde e de se constituir como porta de entrada para os serviços, nesta investigação não alcançou uma assistência à criança com ênfase na integralidade do cuidado. Além disso, o modelo de assistência sem foco na família e sem participação da comunidade configura, ainda, a execução de práticas assistenciais tradicionais.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando-se algumas limitações. No período da coleta de dados, ocorreu o movimento grevista da Polícia Militar da Bahia que durou cerca de duas semanas, interrompendo a rotina das cidades baianas, inclusive de Vitória da Conquista, cujos serviços bancários, do comércio, das escolas e da saúde foram paralisados. Os moradores de Vitória da Conquista, como das demais cidades envolvidas vivenciaram medo e tensão, cujo reflexo foi a redução significativa da circulação de pessoas pelas ruas e dentro de serviços públicos e particulares. Com isso, o número de entrevistados ficou comprometido pela redução do fluxo de pessoas nas unidades de ESF.

Além disso, algumas USF situavam-se em regiões com boas condições socioeconômicas, em que muitas crianças possuíam convênio de saúde. Outra questão limitadora foi o fato de que o estudo restringiu-se à zona urbana, não



contemplando o total de unidades de ESF do município que incluem também aquelas situadas na zona rural. Consideramos, portanto, importante a realização de estudos que complementem a avaliação dos programas e serviços de saúde do município, abrangendo a total extensão do mesmo e inserindo serviços disponibilizados, tanto na zona urbana quanto na zona rural.

Nesse sentido, os resultados desta investigação, de caráter avaliativo da APS, apontam para a necessidade de melhoria dos atributos ofertados e vivenciados na prática assistencial da criança na Estratégia Saúde da Família, mediante reorganização e planejamento dos gestores do município e das equipes de Saúde da Família. Entendemos que avaliar o cuidado integral à saúde da criança no âmbito da ESF é apontar caminhos capazes de fortalecer as práticas de saúde e qualificar ainda mais a atenção dispensada à criança e sua família.

## REFERÊNCIAS

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.C, OLIVEIRA, E.S, AS, P.K. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**. 19: 303-17; 2004.

ALMEIDA, P.F. de; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M.H.M de and ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Feb. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Textos básicos de saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1984.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília. Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saude Materna Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, mar. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Informe da Atenção Básica 22. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do PSF em grandes centros urbanos: 10 estudos de caso**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde – Brasília: DF, 2006.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.**

BOCCOLINI, C.S; BOCCOLINI, P. M.M. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarréicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 19-26, mar. 2011.

CARDOSO, M.O; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública** [online]. Vol.28, n.7, pp. 1273-1284, 2012.

CASSADY, C.E; STARFIELD, B; HURTADO, M.P, BERK, R.A; NANDA, J.P, FRIEDENBERG, L.A. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v.105, p. 998-1003, 2000.

CÉSAR, J.A. et al. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 Sup 3, p. S427-S436, 2008.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012 .

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saude Coletiva**, v.11, n.3, p.705-712, 2006.

CORRÊA, A.C.P, FERREIRA, F, CRUZ, G.S.P, PEDROSA, I.C.F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 32(3):451-7, set. 2011.

COSTA, G; COTTA, M.M.R; REIS, J.R; FERREIRA, M.L.S.M, REIS, R.S, FRANCESCINI, S.C.C. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 16, núm. 7, pp. 3229-3240, jul 2011.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN A. The quality of care – how come it be assessed? **J. Am. Med. Assoc**, v.260, n.12, p.1743-48, 1988.

DONABEDIAN, A. . The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov 1990.

ERDMANN, A.L; SOUSA, F.G.M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.150-160, 2009.

FIGUEIREDO, G.L.A; MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, dec. 2007.

FRANÇA I.S.X. et al. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p. 258-64, 2009.

GOULART, F.A.A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L, ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C, NORONHA, J.C, CARVALHO, A.L. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; p.575-625, 2008.

GUIMARÃES, T.M.R.; ALVES, J.G.B.; TAVARES, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p. 868-76, 2009.

GUIBU, F; ROCHA, G. Exército põe blindados nas ruas da Bahia. Folha de São Paulo, São Paulo, 06 de fev. 2012. Cotidiano, pag. C1.

HAGGERTY, J.L. et al. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. **Ann Fam Med**, v.6, p. 116-123, 2008.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese]**. Alicante (Espanha): Universidade de Alicante; 2004.

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**, v.28, n.8, p.1649-59, 2006.

HOCKENBERRY, M.J. **Wong Fundamentos de enfermagem**. 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2006.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Cienc. Saúde Coletiva**. V 11, n. 3, p. 683-703, jul-set. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades 2010. Vitória da Conquista**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso: 12 mai 2011.

LEÃO, C.D.A, CALDEIRA, A.P, OLIVEIRA, M.M.C de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 11, n. 3, set 2011.

LEE, J. H. et al Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **Int J Qual Health Care**, England, v. 21, n. 2, p. 103-11, 2009.

MACINKO, J. ALMEIDA, C. SA, P.K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 22, p. 167–177, 2007.

MALLET, A.L.R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Rev. SOCERJ**, v.18, n.5, p.449-56, 2005.

MALTA, D.C. et al . Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 481-491, mar. 2010.

MATTIONI, F.C; BUDO, M de L.D; SCHIMITH, M.D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto contexto - enferm.** [serial on the Internet]. 20(2): 263-271; june 2011.

MELLO, D.F de; LIMA, R.A.G de. Technical attainment, practical success and practical knowledge: hermeneutical bases for child nursing care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. vol.17, n.4, pp. 580-585, 2009.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERCADO, F; MERCADO, M; MYERS, N; HEWIT, M; HALLER, N.A. Patient Preferences in Choosing a Primary Care Physician. **Journal of Primary Care & Community Health**. [online]. V. 3: 125, janeiro 2012.

MORAES, J.C.; RIBEIRO, M.C.S.A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Rev Bras Epidemiol**, v.11(Supl 1), p.113-24, 2008.

MOREIRA, M.E.L.; GOLDANI, M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.15, n.2, pp. 321-327, 2010.

MOTA E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. **Rev Bras Epidemiol**, v.11 (Supl 1), p.125-8, 2008.

NORONHA, M.G.R.C.S; CARDOSO, O.S, MORAES, T.N.P, CENTA, M.L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc Saúde Coletiva**.14: 497-506, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. 2005.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, n. 377, v. 9779, p.1778-97, 2011.

PASARÍN, M.I. An instrument to evaluate Primary Health Care from the population perspective. **Aten Primaria**, Spain, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEREIRA, M.J.B. et al . Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, Mar. 2011 .

PINA, J.C. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorrel. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RAMOS, C.V. et al . Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina - Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 115-124, jun. 2010.



RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, v.10, n. 380, 2010.

RIBEIRO, J.M.; SIQUEIRA, S.A.V.; PINTO, L.F.S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência Saude Colet.**, v.15, n.2, p.517-27, 2010.

RIBEIRO, S.C.S ; OLIVEIRA, J.B. O papel da gestão municipal no fortalecimento da participação popular e do controle social no SUS: a experiência do município de Vitória da Conquista/BA, Brasil. **Divulg. Saúde Debate**, v. 46, p. 77-86, maio 2010.

RIVAS, F.J.P; GARCIA, J.M.S.; ARENAS, C.M; LAGOS, Beamud; LÓPEZ, G. Implementation and Evaluation of the Nursing Process in Primary Health Care. **Int Jnl Nurs Knowledge**, 23: 18–28; 2012.

ROCHA, P.M. et al . Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 69-78, 2008.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência Saude Colet.**, v.11, n.3, p. 713-24, 2006.

SHI, L. STARFIEL, B. JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract** v. 50: p.161-75, 2001.

SILVA, A.C.M.A et al . Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev., p. 349-358, 2009 .

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.5, n.4, p.493-503, 2005.

SOUSA, F.G.M, EDMANN, A.L, MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto contexto - enferm.** [serial on the Internet]. 20(spe): 263-271, 2011.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, 61 (2): 153-8; 2008.

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v.105, p.998-1003, 2000.

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

TEIXEIRA, S. **O Programa de Saúde da Família e sua relação com as dimensões da sustentabilidade**. Brasília: Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, 2001.

VAN STRALEN, C.J; BELISARIO, A.S; VAN STRALEN, T.B.S; LIMA, A.M.D, MASSOTE, A.W, OLIVEIRA, C.L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. 24 (Supl.1): 148-58, 2008.

VICTORA, C.G; AQUINO, E.M.L; LEAL, M.C; MONTEIRO, C.A; BARROS, F.C; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n.9780, p.1863-76, 2011.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. **Dados do Município**. Disponível em: <<http://www.pmvc.com.br>>. Acesso em 10 de maio de 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. **Dados do setor Saúde**. Disponível em: <<http://www.pmvc.com.br/v1/pmvc.php?pg=content&id=163>>. Acesso em: 12 de maio de 2011b.

## APÊNDICES

---

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Mães ou Cuidadores

Nº do instrumento: _____
-----------------------------

Este é um convite ao (a) Sr. (a), para participar como sujeito da pesquisa intitulada: **“Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia sob a ótica das mães”**. Essa pesquisa está sendo realizada por mim, Janaína Carvalho Braz, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e tem como objetivo:

- Analisar a experiência das mães ou cuidadores com a assistência prestada a seus filhos menores de um ano de idade em Unidades de Saúde da Família.

Acreditamos ser um estudo necessário que possa contribuir no intuito de identificar subsídios que sejam capazes de auxiliar no aprimoramento da atenção do cuidado integral à criança.

Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde ou de sua criança, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita na sua casa ou no serviço de saúde e contamos com cerca de 10 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que se você concordar ou não em participar da pesquisa não irá alterar o seu atendimento ou da criança no seu local de consulta e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos monetários ou receberá algum valor monetário para participar da pesquisa.

Para fins de pesquisa, os pesquisadores garantem que seu nome e da criança serão mantidos em segredo e que nenhuma informação sobre sua pessoa, da criança ou de sua família será divulgada.

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento eu poderei solicitar novas informações no telefone ou endereço abaixo e modificar minha decisão se assim eu desejar. Eu fui igualmente informada(o) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificada(o) quando os resultados forem divulgados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinada.

\_\_\_\_\_  
Nome do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Data

Orientador: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.  
Av. Bandeirantes, 3.900, Prédio dos Laboratórios, sala 21  
Telefone (16) 3602 0542 ou (16) 3602 3391

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Responsáveis por Mães menores de 18 anos

Nº do instrumento: _____
-----------------------------

Este é um convite ao o (a) Sr. (a), para participar como sujeito da pesquisa intitulada: **“Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia sob a ótica das mães”**. Essa pesquisa está sendo realizada por mim, Janaína Carvalho Braz, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e tem como objetivo:

- Analisar a experiência das mães ou cuidadores com a assistência prestada a seus filhos menores de um ano de idade em Unidades de Saúde da Família.

Acreditamos ser um estudo necessário que possa contribuir no intuito de identificar subsídios que sejam capazes de auxiliar no aprimoramento da atenção do cuidado integral à criança.

Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde ou de sua criança, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita na sua casa ou no serviço de saúde e contamos com cerca de 10 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que o fato de você concordar ou não em participar da pesquisa não irá alterar o seu atendimento ou da criança no seu local de consulta e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos monetários ou receberá algum valor monetário para participar da pesquisa.

Para fins de pesquisa, os pesquisadores garantem que seu nome e da criança serão mantidos em segredo e que nenhuma informação sobre sua pessoa, da criança ou de sua família será divulgada.

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_ (iniciais da mãe), fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento eu poderei solicitar novas informações no telefone ou endereço abaixo e modificar minha decisão se assim eu desejar. Eu fui igualmente informada(o) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificada(o) quando os resultados forem divulgados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinada.

Nome do Entrevistado	Assinatura do Entrevistado	Data
Nome do Pesquisador	Assinatura do Pesquisador	Data

Orientador: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.  
Av. Bandeirantes, 3.900, Prédio dos Laboratórios, sala 21  
Telefone 3602 0542 ou 3602 3391

ANEXO

---

## ANEXO

### ANEXO1

#### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

##### PCATool – Brasil versão Criança

#### A – GRAU DE AFILIAÇÃO

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

Não

Sim (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**A2** – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que **conhece melhor** o/a \_\_\_\_\_ (nome da criança) como pessoa?

Não

Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**A3** – Há um médico ou serviço de saúde que é **mais responsável** pelo atendimento de saúde do(a) \_\_\_\_\_ (nome da criança)?

Não

Sim, mesmo que A1 e A2 acima

Sim, mesmo que A1 somente

Sim, mesmo que A2 somente

Sim, diferente de A1 e A2 (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

- Se o entrevistado indicou o MESMO serviço de saúde nas 3 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu 2 PERGUNTAS IGUAIS continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

- Se TODAS AS RESPOSTAS forem DIFERENTES, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA PERGUNTA A1. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a 2 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA PERGUNTA que respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a pergunta A1 e indicar RESPOSTAS DIFERENTES para A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA RESPOSTA A3. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO A TODAS 3 PERGUNTAS, por favor, PERGUNTE O NOME DO ÚLTIMO médico/enfermeiro/serviço de saúde ONDE A CRIANÇA CONSULTOU e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha os itens A4 e A5).

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

\_\_\_\_\_

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS seguintes serão sobre o(a):

**A5** - \_\_\_\_\_

(Nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde). (VÁ PARA A SEÇÃO B)

**B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO**  
(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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

**C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE**  
(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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

**D – LONGITUDINALIDADE**  
(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1 – Quando você vai ao _____ é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 – Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 – Você acha que o médico ou enfermeiro da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 – O médico ou enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



D5 – O médico ou enfermeiro te dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 – Você se sente a vontade contando suas preocupações ou problemas sobre sua criança ao médico ou enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 – O médico ou enfermeiro conhece sua criança mais como pessoa ou somente alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 – O médico ou enfermeiro conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 – O médico ou enfermeiro sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 – O médico ou enfermeiro se reuniria com sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 – Você mudaria do _____ para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### 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 \_\_\_\_\_?

Sim

Não (**Passe para a questão F1**)

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
E2 – O _____(NSF ou médico) 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 médico ou 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 ou enfermeiro 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 ou enfermeiro conversou com você sobre o que acontece 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 ou 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"/>

**F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1 – Quando você leva sua criança no _____, você leva algum dos registros de saúde ou boletim de atendimento que sua criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender: “registro” – ficha de atendimento de emergência, carteira da 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 _____, 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 _____ (serviço de saúde)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**G – INTEGRALIDADE**

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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

Indique, por favor, se no \_\_\_\_\_ (serviço de saúde) esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(REPETIR A CADA 3-4 ITENS: Está disponível no \_\_\_\_\_ serviço de saúde)

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

**H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS**

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

**Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde de sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu médico ou enfermeiro, alguns destes assuntos foram conversados com você.**

Em consultas ao \_\_\_\_\_ (serviço de saúde/médico/enfermeiro), algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (REPETIR ESSA FRASE A CADA 3-4 ITENS)

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

**I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1 – Você acha que o médico ou enfermeiro conhece sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 – O médico ou enfermeiro sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 – O médico ou enfermeiro sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I4 – O médico ou enfermeiro saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa (ou se precisasse)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I5 – O seu médico ou 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"/>
I6 – O seu médico ou 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"/>

**J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J1 – Alguém do ____ (serviço de saúde) 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 ____ (serviço saúde/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"/>

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

**A seguir, serão listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde.****O \_\_\_\_\_ (serviço de saúde/médico/enfermeiro) realiza algumas destas?**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
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 2



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 375/2011

Ribeirão Preto, 21 de setembro de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 142ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de setembro de 2011.

**Protocolo:** n° 1399/2011

**Projeto:** Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia sob a ótica das mães.

**Pesquisadores:** Maria Cândida de Carvalho Furtado  
Janaina Carvalho Braz

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado**  
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.  
**Profª. Drª. Maria Cândida de Carvalho Furtado**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

