



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

MARCELA ARIADNE BRAGA GOMES TOMÉ

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, COORDENAÇÃO DO CUIDADO,
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS EM CRIANÇAS DE 0 ATÉ 5 ANOS**

FORTALEZA

2016

MARCELA ARIADNE BRAGA GOMES TOMÉ

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, COORDENAÇÃO DO CUIDADO,
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS EM CRIANÇAS DE 0 ATÉ 5 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientador: Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert

FORTALEZA

2016

MARCELA ARIADNE BRAGA GOMES TOMÉ

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, COORDENAÇÃO DO CUIDADO,
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS EM CRIANÇAS DE 0 ATÉ 5 ANOS**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração em Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em ___/___/_____

Prof^a Dr^a Fabiane do Amaral Gubert (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Mariana Cavalcante Martins
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Viviane Mamede Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Emanuella Silva Joventino (Membro Suplente)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB

A Deus.

A minha avó (in memoriam).

A minha mãe, Antônia. Meu esposo, Felipe.

E minha amada filha, Léa.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, meu amigo, pai, conselheiro e razão de tudo o que sou, do que já fui e do que pretendo ser. A Ele que me vocacionou a um chamado, que espero estar cumprindo agora com excelência.

Á minha mãe, minha melhor amiga, maior torcedora e incentivadora. Que sonha todos os meus sonhos como se lhes fosse próprio, e não mede esforços para me fazer bem.

Á minha tia, Alba Braga, por acreditar em mim e torcer pelo meu sucesso.

Ao meus esposo maravilhoso, Felipe, pela paciência, cuidado, dedicação a mim e a nossa família, por emprestar seus conhecimentos de informática, seu ombro amigo e sua força pra lutar ao meu lado as batalhas do dia dia. O amo.

Á minha amada filha Léa, meu grande projeto de vida, minha mais perfeita realização pessoal. Sem dúvidas o maior título que já alcancei é o de ser chamada sua mãe. Obrigada por existir.

Á minha querida professora orientadora Dra. Fabiane do Amaral Gubert, excelente pesquisadora, educadora dedicada e amante do conhecimento. Ao longo do caminho tornou-se uma ótima amiga , com quem pude sempre contar. Minha gratidão.

Á querida professora Mariaan Cavalcante, que acreditou no meu trabalho, me orientou na elaboração do meu pré-projeto para a seleção do Mestrado. Sua ajuda foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Obrigada!

Á banca por ter aceito o convite, pela disponibilidade e atenção dada a esta pesquisa. Prof.Dra. Mariana Cavalcante, Prof. Dra Viviane Mamede e Prof.Dra. Emanuella Joventino. Minha gratidão e respeito.

Ao querido Projeto de Pesquisa e Extensão Puericultura: cuidado á saúde das crianças nos diversos cenários da Atenção Primária, que me ensinou e me inicou na pesquisa cinetífica, devo muito a esta equipe.

Agradecimento especial aos alunos bolsistas que se dispuseram com total afinco a coletar os dados desta pesquisa, e estiveram o tempo inteiro dedicados a concluir da melhor maneira os trabalhos.

Á minha companheira de mestrado, de pesquisa e de maternidade, Jéssica Lima Benevides. Sua amizade foi um grande presente durante esta caminhada. Cresci como pessoa e como profissional ao seu lado.

Á CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Á Universidade Federal do Ceará e ao corpo docente do Departamento de Enfermagem, por me proporcionar uma formação de excelência e de real compromisso com a melhoria de vida da comunidade.

Á população ouvida nesta pesquisa, pela cooperação, paciência e voto de confiança no trabalho desenvolvido. Esperamos trazer o retorno devido.

RESUMO

Dentre as doenças mais prevalentes na infância e que geram maior número de internações hospitalares em crianças até 5 anos no Brasil, estão a diarreia, asma e pneumonia. Essas doenças endossam o crescente número de internações hospitalares infantis por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), que são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz. Assim, destaca-se o instrumento o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão criança, o qual avalia por meio de atributos a qualidade dos serviços ofertados a esta população. O objetivo do estudo é avaliar os atributos da atenção primária, Integralidade, Coordenação do cuidado, Orientação Familiar e Orientação Comunitária oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por CSAP pelo diagnóstico de doenças gastrointestinais, asma e pneumonia em dois hospitais de Fortaleza-CE. Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. Os resultados apresentaram fragilidades nos serviços e insatisfação dos usuários. Os atributos demonstraram escores fracos e insatisfatórios. Coordenação- Integração de cuidados (4,08), Coordenação- sistema de informações (5,96), Integralidade- serviços disponíveis (4,95), Integralidade- serviços prestados (4,30), Orientação familiar (4,52) e Orientação comunitária (3,36). O atributo Coordenação, nas suas duas apresentações (Integração de cuidados e Sistema de informação) encontrou associação significativa com a procedência e a quantidade de pessoas que compartilhavam residência. O atributo Integralidade (em suas duas apresentações) apresentou baixos valores de escores, onde foi possível identificar que a população não tem acesso a serviços e orientações básicas, demonstrando a necessidade de mudanças em vários âmbitos, profissional, estrutural, político, entre outros. Percebe-se a ineficácia dos atributos de orientação familiar e comunitária que obtiveram baixo escore na atenção a saúde da criança na avaliação do usuário dos serviços de atenção primária, não atingindo sua total extensão, comprometendo, desse modo a resolutividade da atenção a saúde da criança. A partir destes achados, o profissional enfermeiro poderá repensar sua prática e atuação dentro da atenção primária. Desenvolvendo um trabalho que melhor atenda a comunidade e suas demandas mais urgentes. Priorizando por manter uma relação de proximidade com o usuário. A maior limitação do estudo foi a relação apenas com o usuário do serviço, é necessário oportunizar o profissional de saúde manifestar-se a respeito do serviço na APS.

descritores: Enfermagem Pediátrica; Cuidado da Criança; Atenção Primária à Saúde; Hospitalização.

ABSTRACT

These diseases endorse the increasing number of hospital admissions for children by Primary Care Sensitive Conditions (CSAP), which are the most prevalent diseases in childhood and that generate the greatest number of hospitalizations in children up to 5 years of age in Brazil. , Which are health problems whose morbidity and mortality can be reduced through timely and effective primary care. Thus, the Primary Care Assessment Tool (PCATool), a child version, is highlighted, which evaluates by means of attributes the quality of the services offered to this population. The objective of the study is to evaluate the attributes of primary care, Integrality, Coordination of Care, Family Guidance and Community Guidance offered to children under five hospitalized for CSAP for the diagnosis of gastrointestinal diseases, asthma and pneumonia in two hospitals in Fortaleza-CE. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. The results showed weaknesses in services and user dissatisfaction. The attributes showed poor and unsatisfactory scores. Coordination - Integration of care (4.08), Coordination - information system (5.96), Integrality - services available (4.95), Integrality - services provided (4.30), Family counseling (4.52) and Community orientation (3,36). The Coordination attribute, in its two presentations (Care Integration and Information System), found a significant association with the origin and the number of people who shared residence. The attribute Integrality (in its two presentations) presented low values of scores, where it was possible to identify that the population does not have access to services and basic orientations, demonstrating the need for changes in several spheres, professional, structural, political, among others. It can be noticed the ineffectiveness of the family and community orientation attributes that obtained low score in the health care of the child in the evaluation of the user of the primary care services, not reaching its full extent, thereby compromising the child's health care . From these findings, the nurse practitioner will be able to rethink their practice and performance within primary care. Developing a job that best meets the community and its most pressing demands. Prioritizing to maintain a close relationship with the user. The main limitation of the study was the relationship with the user of the service only, it is necessary to allow the health professional to express his / her opinion about the service in the PHC.

Descriptors: Pediatric Nursing; Child Care; Primary Health Care; Hospitalization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo Geral	10
2.2	Objetivos Específicos	10
3	REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1	Política de Atenção Primária e a Saúde da Criança.....	11
3.2	O enfermeiro no cuidado à Saúde da Criança na Atenção Primária.....	14
3.3	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e o Instrumento PCATOOL..	17
3.4	Atuação do enfermeiro no cuidado à saúde da criança na atenção primária.....	21
4	METODOLOGIA	24
4.1	Tipo de estudo	24
4.2	Local do estudo	24
4.3	População e Amostra	25
4.4	Instrumentos e Coleta de dados.....	26
4.5	Organização e análise de dados	28
4.6	Aspectos Éticos	29
5	RESULTADOS	30
5.1	Descrevendo as características dos participantes do estudo.....	30
5.2	Atributos da Atenção Primária-Integralidade, Coordenação,Orientação Famíliae e Comunitária- presentes nos participantes do estudo	31
6	DISCUSSÃO	42
6.1	Discutindo acerca das características sociodemograficas dos participantes do estudo	42
6.2	Discutindo sobre os Atributos da Atenção Primária- Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Comunitária- presentes nos participantes do estudo	45
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	59
	ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

1.2 Contextualizando o objeto de estudo

Dentre as doenças mais prevalentes na infância e que geram maior número de internações hospitalares em crianças de 0 a 5 anos no Brasil, estão as infecções gastrointestinais, principalmente a diarreia, e infecções respiratórias, dentre elas a asma e pneumonia (BRASIL, 2004).

A diarreia caracteriza-se por uma produção aumentada de fezes, maior frequência de evacuações, e alteração na consistência das mesmas (BRUNNER; SUDDARTH, 2012). Tal manifestação é própria de doenças infecciosas intestinais, e ainda é uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos de idade em países em desenvolvimento (OLIVEIRA, 2010). A morte nesta faixa etária é principalmente devido a desnutrição grave e perda de líquidos no corpo que a própria diarreia ocasiona (WHO, 2013).

Já as infecções respiratórias representam de 10 a 20% dos casos de doenças das vias aéreas superiores na infância. O Brasil está entre os 15 países com mais alta incidência de pneumonia, com 0,11 episódio/criança/ano em menores de cinco anos, o que equivale a 1,8 milhões de casos por ano (YOSHIOKA, 2011). Além disso a Asma é outro agravo que atinge 300 milhões de pessoas no mundo. Destes, cerca de 6 milhões são brasileiros, sendo a maioria crianças. Em 2011, a asma foi à quarta causa de internações, com cerca de 160 mil hospitalizações em todas as idades (FROTA, 2014).

A pneumonia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pré-escolares (CALDART, 2016). Já a asma, por se tratar de uma doença crônica, já traz consigo inúmeras particularidades como: longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, problemas emocionais e comportamentais gerados pela separação dos familiares durante a internação, suspensão das atividades de vida diária da criança, angústia, sofrimento, dor e o medo da possibilidade do óbito. O tratamento geralmente é de alta complexidade, feito em longo prazo, e exige cuidados constantes em relação a fatores que possam piorar estado de saúde da criança (PINTO, 2015).

Assim, essas doenças necessitam de grande vigilância em saúde devido sua relação com as condições de abastecimento hídrico, saneamento básico e higiene. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) afirmam que no mundo são aproximadamente 2,6 bilhões de casos de diarreia por ano e por dia cerca de 4.500 crianças com menos de cinco anos de idade morrem devido à dificuldade de acesso à água potável e à ausência de saneamento básico (UNICEF, 2009).

No Brasil, anualmente, registra-se 400 mil internações devido a influência de alguns determinantes sociais e econômicos, sendo 35% em crianças menores de cinco anos e cerca de 14% das internações hospitalares (54.339 pessoas) estão relacionadas ao abastecimento de água, lançamento e tratamento de esgoto e acesso à água potável dos municípios, conforme o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (Snis) no ano de 2010 (TRATA BRASIL, 2013). Além disso, no período de 2008 a 2011, verificou-se que da lista das dez cidades com maior número de internações por diarreia, sete fazem parte da região Nordeste (TRATA BRASIL, 2013).

As doenças do aparelho digestivo acometeram em números absolutos, 3.210 internações em todo o estado do Ceará e 1.301 na Região Metropolitana de Fortaleza (FIOCRUZ, 2010). Na capital cearense a mortalidade pós-natal, aqui entendida como aquela associada, em grande parte, as condições ambientais, tais como, tipo de moradia, água de boa qualidade, saneamento, remoção do lixo, entre outras, teve uma redução nos últimos anos. Passando de 7,0/1000 em 2000 para 4,6/1000 em 2009 (FORTALEZA, 2013).

Embora o Brasil tenha alcançado a meta de redução da mortalidade na infância precocemente, estando atualmente em patamares inferiores a 18 óbitos por mil nascidos vivos, o comportamento desse indicador nos menores de 5 anos é geograficamente heterogêneo (CALDART, 2016).

Os índices registrados em neonatos e em crianças provenientes das regiões Norte e Nordeste, por exemplo, são francamente desfavoráveis, em comparação com outros grupos da população brasileira (BRASILIA, 2014). Por esse motivo a vigilância às doenças crônicas requer uma Atenção Primária concreta e articulada, que trabalhe com serviços especializados, às vezes situados no segundo ou terceiro nível de atenção, apoiado por recursos comunitários (PINTO, 2015).

Considerando este cenário com as principais doenças prevalente na infância, como doenças diarreicas, asma e pneumonia e sua influência com os cuidados primários em saúde, destaca-se a atuação das equipes de saúde da família no atendimento das crianças com foco nas ações de promoção e manutenção do estado de saúde da população infantil por meio de programas de atenção e vigilância à saúde (LIMA, 2009).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família, criado em 1994, o qual passou a ser reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituída como um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Básica a qual contempla a humanização da atenção à saúde através do estabelecimento de vínculo com a população e da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (PINA, 2009).

No contexto da atenção básica é o enfermeiro que implementa junto a equipe de saúde, a consulta de puericultura a qual representa uma importante estratégia que possibilitar uma intervenção mais efetiva na saúde da criança e sua família e permite o uso de abordagens mais resolutivas. A puericultura legitima-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental, bem como, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada (CAMPOS, 2011).

O enfermeiro tem na puericultura um instrumento importante que permite verificar situações de risco e agravos reais na vida familiar e cotidiana da criança, voltando-se para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, de modo que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância (GAUTERIO, 2012).

No entanto, apesar da ampla cobertura a saúde da criança na ESF, ainda é crescente o número de óbitos infantis, principalmente associados às infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e desnutrição, que poderiam ser evitadas utilizando-se medidas preventivas, diagnóstico precoce e tratamento (HIGUCHI, 2011). Essas doenças endossam o crescente número de internações hospitalares infantis por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), as quais serão objeto deste estudo.

As CSAP são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz. Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários (TURCI, 2012)

Segundo Ferreira (2014), em um estudo realizado no período de 2008 a 2010 observou-se que o grupo das gastroenterites infecciosas e suas complicações representaram percentuais elevados entre as causas de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária- ICSAP em crianças nas faixas etárias menores de um ano (34,4%), de 1 a 4 anos (34,4%), 5 a 9 (49,9%), e 10 a 14 (40,5%).

Corroborando com esse estudo, Caldeira (2011), observou em hospital pediátrico de Minas Gerais, que as internações por condições sensíveis ao cuidado primário está relacionada a idade inferior a dois anos, demonstrando assim que há uma relação inversa quando se considera o padrão etário, ou seja, para os adultos quanto maior a idade, maiores são as taxas de hospitalização, enquanto entre as crianças estas taxas aumentam com a diminuição da faixa etária.

Considerando as doenças respiratórias, a incidência destas podem estar relacionadas a fatores como poluente do ar, tanto os gerados por fontes móveis como por queima de biomassa. Em estudo realizado no Brasil observou-se que as internações por doenças respiratórias em crianças até dez anos associaram-se positiva e significativamente com o material particulado com menos de 2,5 micra de diâmetro aerodinâmico (PM2.5) após um e três dias da exposição. Comum ao ambiente urbano (CESAR, 2013).

Sendo assim, percebe-se a grande importância do profissional enfermeiro, por estar presente e atuante em todos os mecanismos de aprimoramento da atenção à saúde da criança na Atenção Primária, como a ESF, consulta de puericultura e o próprio AIDPI. Dessa forma, é necessário ressaltar que a promoção da saúde integral da criança vai além da preocupação com a redução da mortalidade na infância, englobando o compromisso mútuo entre instituições governamentais e sociedade pela qualidade de vida da criança (PINA, 2009).

Diante da forte expansão da Atenção Primária da Saúde nas Américas e, particularmente, no Brasil, torna-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde (HARZHEIM, 2013). Assim, destaca-se o instrumento o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) a qual foi construído por Barbara Starfield e colaboradores pela Johns Hopkins University no período de 1997 e 2001 (CHOMATAS, 2013).

No PCATool, Starfield (2002) conceituou a Atenção Primária à Saúde por meio de seus atributos essenciais, onde apenas dois serão objetos de estudo na presente pesquisa: atributos essenciais representados pela integralidade da atenção e coordenação da assistência, e atributos derivados a partir da atenção centrada na família e orientação comunitária. No Brasil o instrumento já foi validado e adaptado e é utilizado com vistas a traçar perfil mais fidedigno da atuação e resolutividade da Atenção Primária no país (BRASIL, 2010).

Apesar de ter sido construído há quase 15 anos, o PCATool ainda é considerado um importante instrumento de avaliação da Atenção primária e já foi utilizado para a avaliar as CSAP em diferentes realidades. Pesquisa realizada na cidade de Curitiba, utilizou-se o PCATool infantil com pais de crianças de 0 a 5 anos que eram regularmente atendidas por UBS ou ESF. Obtendo resultados mais satisfatórios para as unidades de ESF (OLIVEIRA, 2015).

Em estudo realizado em Minas Gerais, com crianças de 0 a 6 anos de idades, 77,6% dos pais relataram que o serviço de referência para assistência à saúde é unidade de saúde da família. Em relação à recepção e atitudes, 74,2% dos pais relataram que o profissional de saúde entendia suas queixas e perguntas, e 79,2% informaram que o profissional de saúde respondeu

de tal forma que os pais pudessem entender. Estes resultados indicam que a recepção da equipe de saúde da família das crianças e suas atitudes nestes serviços têm permitido a interação do usuário com a equipe de saúde, sendo um fator indispensável para o cuidado de qualidade (RIBEIRO, 2010).

Neste contexto, abordar especificamente problemas de saúde que são responsáveis por um grande contingente de internações hospitalares, principalmente por aquelas doenças que poderiam ter sido resolvidas no primeiro nível de atenção à saúde, permite verificar os efeitos desta atenção à saúde sobre determinadas situações, direcionando as intervenções que possam qualificar o cuidado neste nível de atenção (MOURA et al., 2010).

Diante deste cenário, com a diminuição da mortalidade infantil por doenças prevalentes na infância, é importante identificar os motivos que ainda levam as internações por estes agravos, as quais deveriam ter maior resolutividade ainda na atenção primária, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Assim torna-se relevante avaliar como essa atenção primária tem sido dispensada às famílias dessas crianças, sendo verificada indiretamente pelas CSAP como propósito fundamental, dando suporte à tomada de decisão, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços, além de avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas que se destinam à saúde das populações (BRASIL, 2005).

Enquanto enfermeira atuante na Atenção Primária, sempre considerei a relevância de trabalhar com as crianças, seja pela fragilidade da sua condição de ser ou por acreditar na importância das repercussões causadas através de cada intervenção destinada a este público. As ações feitas ainda nos primeiros dias a anos de vida reverberam por toda uma vida, muitas vezes prevendo as condições de saúde do adulto e idoso, que irão se tornar. Além, claro, de considerar a necessidade de fornecer às populações orientações básicas, mas que no entanto, fazem a grande diferença no crescimento e desenvolvimento saudável da criança, lhe dando oportunidade de exercer todo o seu potencial e intelectualidade.

A partir do exposto emergem as seguintes questões norteadoras: Os atributos essenciais da atenção primária (integralidade da atenção e coordenação da assistência) e derivados (atenção centrada na família e orientação comunitária) vem sendo contemplados junto as crianças internadas por CSAP em Fortaleza? Em que medida as ações de cuidado à saúde da criança na APS estão sendo ofertadas aos usuários do sistema público de saúde? Existem diferenças de cuidado à Saúde da Criança em Fortaleza e no interior do estado do Ceará?

Dessa maneira, por meio da aplicação do PCATool versão criança, poderá ser identificado lacunas da assistência prestada na atenção primária, com ênfase nos atributos Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Orientação Comunitária contribuindo para um repensar das práticas de atenção infantil, incluindo o papel do enfermeiro, que permitirão readequar o cuidado ofertado, visto que , se tornam cada vez mais evidente os altos índices de internação no público infantil por doenças gastrointestinais preveníveis, asma e pneumonia. Através da identificação do cenário atual, intercalado com o conhecimento dos atributos da Atenção Primária, torna-se uma ferramenta eficaz na atuação do enfermeiro no desenvolvimentos de suas estratégias de Educação em Saúde junto a comunidade. O repensar da sua prática aliado a necessidade de tornar mais forte a Atenção Primária gerará benefícios à população que lhe é assistida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os atributos da atenção primária, Integralidade, Coordenação do cuidado, Orientação Familiar e Orientação Comunitária oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por CSAP pelo diagnóstico de doenças gastrointestinais, asma e pneumonia em dois hospitais de Fortaleza-CE.

2.2 Objetivos Específicos

- Associar o perfil sociodemográfico das crianças menores de cinco anos e atributos da atenção primária presentes nas internações pelo diagnóstico de doenças gastrointestinais, asma e pneumonia
- Situar as internações por CSAP diagnóstico de doenças gastrointestinais, asma e pneumonia em crianças menores de cinco anos, em dois hospitais pediátricos, um de nível secundário e outro de nível terciário.
- Identificar possíveis deficiências nos atributos Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Orientação Comunitária da APS oferecida a essas crianças que possam ter contribuído para o desfecho por CSAP- doenças gastrointestinais, asma ou pneumonia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Política de Atenção Primária e suas interfaces com a Saúde da Criança

Para conhecer as políticas na área de saúde da criança é imprescindível resgatar alguns movimentos internacionais de saúde que influenciaram novas práticas. Na área de atenção primária destaca-se no ano de 1978, a elaboração da declaração de Alma-Ata, lançando as bases para os cuidados primários de saúde que representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (BRASIL, 2002). As declarações ecoaram entre profissionais, setores das universidades e agentes públicos (BRASIL, 2014).

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientada por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde (GIOVANELLA, 2012).

A partir desse novo entendimento sobre um sistema de saúde que atendesse de forma igualitária toda uma nação, na década de 90 a Lei orgânica de n.º 8080/90 juntamente com a de n.º 8.142/90, regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) anteriormente promulgado pela Constituição Federal de 1988 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando então, obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Em sua Lei regulamentadora (CAPÍTULO II, ART. 7), o SUS define seus princípios e diretrizes que irão fundamentar e nortear todas suas práticas e atribuições para a sociedade. São eles: universalidade, integralidade, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, participação da comunidade, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo.

O princípio da universalidade entendido como o direito que todos possuem de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência teve seu caráter reafirmado por Vilaça (2013) quando este afirmou que o SUS cobre indistintamente todos os brasileiros, através dos serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, bem como de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros. No entanto, ainda são grandes as dificuldades de financiamento público que a universalidade do SUS enfrenta, pois os recursos destinados a ações e serviços públicos à saúde ao nível municipal, estadual e União,

pouco tem auxiliado no déficit social da saúde como política universal e equânime, ampliando a participação crescente do setor privado em relação ao público com os cuidados da saúde (SILVA, 2012).

Quanto ao princípio da integralidade, entendido como a capacidade de considerar todas as dimensões dos usuários (biológica, cultural e social) deve orientar políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços (FRACOLLI, 2011). É importante ressaltar que na integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, os profissionais atuam na garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade e como articulação de políticas públicas e projetos que incidissem sobre as condições de vida e determinantes da saúde (PAIM, 2010). Por fim o acesso igualitário - princípio da equidade - tem sido compreendido na perspectiva de aceitação da diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, respeitar os direitos individuais segundo as suas diferenças (PESSALACIA, 2011).

Desde então, todos os níveis de Atenção devem ser repensados e pautados por estes princípios. Sendo assim, para fundamentar a Atenção Primária foi criada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além de considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

O principal objetivo dessa política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais). Tendo como objetivo específico “Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica” (BRASIL, 2010a).

A Atenção Primária no país foi pensada como porta de entrada do usuário para o sistema de saúde, dessa forma, visando sua maior organização, em 1994 foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012). A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (FERNANDES, 2009).

Dessa forma a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada pelo Ministério da Saúde (MS), incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica de saúde. Cujo principal objetivo é aumentar o acesso da

população aos serviços de saúde, proporcionando longitudinalidade e integralidades ao usuário e comunidade (ALVES; AERTS, 2011).

A Constituição Federal assegura: “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Fundamentados nos princípios que regem os SUS, a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Sendo assim, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade, levando em consideração as suas especificidades. Para cumprir estes preceitos o MS tem formulado ao longo dos anos políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos variados segmentos populacionais, especialmente, idosos, mulheres e crianças (BRASIL, 2004).

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde (MS). Com a finalidade de apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança, em 2004, foi criada a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, a qual propõe a definição de diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral que devem constar no cardápio básico para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população (BRASIL, 2004).

Porém, nosso país tem vivenciado nas últimas décadas significativas mudanças demográficas e epidemiológicas, como a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Tais acontecimentos acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Entretanto, esta situação ser superada com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012b).

Neste sentido, como ferramenta para a contínua melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças no âmbito da atenção básica em rede foi desenvolvido o “Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”, o qual aborda orientações para a organização do processo de trabalho, questões tradicionais (como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança e a supervisão das imunizações) e até temas característicos da modernidade, como a alimentação saudável (tão essencial de ser trabalhada na situação atual de epidemia de obesidade infantil), a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência (BRASIL, 2012b).

Especificamente, para a mortalidade infantil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve um papel importante. Estudo realizado pelo MS com o objetivo de avaliar o impacto da ESF nas taxas de mortalidade infantil em nível estadual realizou análise ecológica longitudinal de 1990 a 2002, com dados dos 27 estados do Brasil. Nesses 13 anos, a taxa de mortalidade infantil declinou de 49,7 para 28,9 por mil nascidos vivos. Durante o mesmo período, a cobertura do PSF aumentou de zero para 36% da população. Um aumento de 10% na cobertura do PSF foi associado a uma redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, controlando para todos os outros determinantes de saúde (GARCIA; SANTANA, 2011; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Neste sentido e diante dos avanços significativos nos indicadores de saúde infantil observados no Brasil nas últimas décadas percebe-se uma tendência positiva e equitativa nos determinantes da saúde infantil que resultam do crescimento econômico em geral e de políticas públicas orientadas para a equidade.

3.2. Discutindo sobre as condições sensíveis a atenção primária: gastroenterites, asma e pneumonia.

A alimentação nos primeiros anos de vida gera um grande impacto no desenvolvimento saudável da criança e mais tarde no adulto que irá se formar (BHUTTA, 2013). Organizações nacionais (BRASIL, 2013) e internacionais (WHO, 2010) recomendam a prática do aleitamento materno (AM), destacando a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida, a introdução da alimentação complementar (AC) a partir desse período, e a manutenção do AM por dois anos ou mais. A proteção, promoção e o apoio ao AM têm sido uma estratégia mundialmente relevante no setor saúde e outros setores sociais para melhorar as condições de saúde das crianças (SANTOS, 2015).

Entre crianças menores de cinco anos de idade, há evidências de que o AME nos seis primeiros meses de vida é uma importante intervenção que auxilia na sobrevivência infantil e confere proteção contra infecções respiratórias e diarreia aguda (SUWANTIKA, 2013). A OMS estima que a amamentação permitiria poupar 1,45 milhões de vidas de crianças a cada ano nos países em desenvolvimento por ser importante fator de proteção contra a diarreia e infecções do trato respiratório (WOBUDEYA, 2011).

No Brasil, apesar de os dados oficiais apontarem para a queda da mortalidade em menores de cinco anos, as Regiões Norte e Nordeste concentram a maioria dos óbitos, com a ocorrência da mortalidade por diarreia infantil em menores de um ano de idade, que são os mais vulneráveis (BÜHLER, 2014)

A diarreia aguda é um agravo que mostra a iniquidade em saúde, particularmente para crianças menores de um ano de idade, residentes em contexto de condições de vida expostas ao risco de óbito. Nesse sentido, políticas públicas sociais, econômicas, ambientais, culturais e de saúde são de extrema relevância, com base no princípio de equidade para atender as diferentes necessidades locais de cada região (SANTOS,2015).

Existe uma tendência das políticas públicas brasileiras de procurar ampliar a assistência à saúde para além do modelo biomédico, que é baseado na doença e seu tratamento. Documentos oficiais do Ministério da Saúde, relacionados à saúde da criança, apoiam essas políticas com vistas a atender as necessidades das crianças (FURTADO,2013). Por isso, é de suma importância que os profissionais de saúde foquem sua atenção em alguns temas relevantes para o adequado desenvolvimento da criança, como os fatores associados ao desmame precoce, a importância e benefícios do aleitamento materno prolongado, o controle de morbidade infantil e a vacinação.

A vacinação tem um importante papel na diminuição da morbimortalidade infantil, principalmente de doenças preveníveis, como é o caso das doenças diarreicas. O agente etiológico mais importante neste segmento é o rotavírus (AMBROSINI, 2012). A infecção por rotavírus constitui-se na principal causa de diarreia grave em crianças, contribuindo para uma elevada taxa de internação hospitalar e mortalidade (SALVADOR, 2011).

Este vírus causa a rotavirose, que é uma síndrome caracterizada pelo aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência, com frequência acompanhada de vômito, febre e dor abdominal, com duração de dois a 14 dias, sendo assim autolimitada e podendo apresentar-se das formas leves até as graves (BRASIL, 2006).

Com o advento da Vacina Oral Rotavírus Humana (VORH) no calendário básico de vacinação no ano de 2006, observou-se 40 mil internamentos a menos por diarreia aguda entre crianças menores de 5 anos e declínio de 22% na mortalidade por diarreia (CARMO, 2011). Tornando necessário uma Atenção Primária cada vez mais eficaz, trabalhando junto à comunidade para alcançar resultados ainda mais satisfatórios.

Outra enfermidade prevenível pelas ações da Atenção Primária, são as infecções respiratórias, como é o caso das Pneumonias. Esta destaca-se por ser a principal causa de morte entre crianças em todo o mundo, sendo que aproximadamente 90% dos óbitos ocorrem em países em desenvolvimento (HATISUKA, 2014). A Atenção Primária à Saúde (APS) de boa qualidade pode evitar grande parte das complicações da pneumonia, com diminuição das hospitalizações, por meio do acesso aos serviços, da identificação precoce da doença e do tratamento adequado em tempo oportuno (PINA, 2015).

Entre os diferentes agentes etiológicos bacterianos envolvidos na gênese da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), *Streptococcus pneumoniae* é a causa principal da doença em crianças e adultos (SILVA,2016). Entre 6% e 16% dos casos de PAC necessitam de hospitalização, e em crianças menores de cinco anos, a doença, particularmente de etiologia bacteriana, responde por 20 a 40 % das internações apenas nas Américas. No Brasil, entre 2004 e 2006, as doenças pneumocócicas foram responsáveis por cerca de 34.000 hospitalizações. A estimativa global da incidência de PAC entre crianças com idade de 1 a 5 anos nos países em desenvolvimento é 0,29 episódios por criança ao ano. Isto é equivalente a uma incidência anual de cerca de 150 milhões de casos, onde 11 a 20 % desses casos requerem hospitalização (NOVAES,2011).

Assim, diferentes intervenções têm sido implementadas no sentido de reduzir a incidência da pneumonia bacteriana, sobretudo, entre crianças de até cinco anos (HATISUKA, 2014). Nesta linha, ações desenvolvidas têm enfatizado aspectos com a alimentação saudável, a manutenção do ar ambiente não poluído e a imunização adequada como fatores de proteção para as crianças, contra a pneumonia bacteriana. (SMITH, 2011; THEODORATOU, 2010).

No Brasil, a vacina pneumocócica conjugada 10-valente (PCV₁₀) foi introduzida no calendário de vacinação da criança, do Programa Nacional de Imunização (PNI/MS) em 2010, sendo recomendadas três doses, aos dois, quatro e seis meses de idade, e um reforço entre 12 e 15 meses (BRASIL, 2010). Além de conferir proteção contra a pneumonia bacteriana, a vacina também imuniza contra septicemia e meningite pneumocócica (GRANDO, 2015).

Em recente estudo ecológico, realizado em Santa Catarina, Brasil, que se propôs avaliar o impacto da vacina pneumocócica PCV10 na redução da mortalidade por pneumonia em crianças menores de um ano, considerando os quatro anos antes versus quatro anos após a introdução da vacina em 2010, concluiu-se que houve uma redução da taxa média de mortalidade por pneumonia em de um ano de 11% nos primeiros quatro anos de implantação da vacina PCV10 no Estado de Santa Catarina (KUPEK, 2016).

Tendo em vista que a APS é implementada no Brasil por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), e que esta baseia-se principalmente no acesso universal e contínuo, na integralidade, no vínculo entre a equipe de saúde e a população adstrita, na valorização dos profissionais de saúde e no acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; o aumento da cobertura da população pela ESF deveria resultar na diminuição da morbimortalidade por Condições sensíveis à Atenção Primária, como a pneumonia bacteriana (HATISUKA, 2014).

3.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e o Instrumento PCATOOL.

Quando há falha no nível primário de atenção, observa-se o surgimento das ICSAP- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Essas internações geram um impacto negativo no público infantil, influenciando diretamente no seu crescimento e desenvolvimento, visto que, crianças são mais susceptíveis ao agravamento de uma enfermidade em função da fragilidade própria do extremo da idade (OLIVEIRA, 2012). Muitas destas doenças, tidas como preveníveis na Atenção Básica e outras estão contempladas na Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10).

A CID teve início em 1893 como instrumento estatístico para enumerar e analisar as causas de morte. Em 1900 foi realizada em Paris a 1ª Conferência Internacional para revisar essa classificação e a partir da 6ª Revisão, de 1948, a responsabilidade das revisões passou a ser da OMS e foi discutida a possibilidade de duas classificações: uma para mortalidade e outra para morbidade. Optou-se por manter apenas uma CID, a qual foi expandida a fim de adequar-se à morbidade (OMS, 2007).

Atualmente a CID alcançou sua 10ª revisão, aumentando o número de códigos para uso em morbidade, incorporando mais categorias e especificações na classificação de doenças, através de um sistema alfa-numérico. No Brasil, a CID-10 entrou em vigor em 1996 para o processamento das causas de morte compiladas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (SANTO, 2000). O conhecimento da aplicabilidade e dos propósitos das classificações internacionais da OMS é indispensável para o fortalecimento e estruturação de um sistema de informação em saúde para a comunidade (TOGNA, 2011).

A CID-10, trás uma tabulação para morbidade de algumas doenças infecciosas, dentre elas, muitas doenças comuns ao trato gastrointestinal (Códigos A00- A09 e E86) , como também as Pneumonias (Códigos J13 -J139 ; J14 -J149 J153-J154; J158-J159 ;J181) e a Asma (Códigos J45 -J469). As doenças infecciosas estão entre as principais causas de morte, sendo responsáveis por 2 a 3 milhões de óbitos por ano, em todo o mundo, cujo grupo de maior vulnerabilidade é composto pelas crianças menores de cinco anos de idade (VASCONCELOS, 2011).

Uma importante estratégia para o combate destes números alarmantes é uma Atenção primária eficiente, que é alicerçada em ações de saúde básicas, como, a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com a finalidade de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A sistematização do conceito de atenção primária, elaborado por Starfield (2002), é considerada um marco referencial para análise da APS em todo o mundo. Ela caracteriza os serviços da APS, a partir da presença de sete atributos, também chamados dimensões, como eixos estruturantes, que estão associados à qualidade, à efetividade e à eficiência de suas intervenções. No presente estudo iremos nos deter apenas em dois atributos primários, a saber: Integralidade da atenção e Coordenação da atenção. Como também dois atributos derivados: a atenção à saúde centrada na família e a orientação para a comunidade. (STARFIELD, 2002).

Um instrumento elaborado pela mesma autora, Starfield, denominada *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, traz de uma maneira quantitativa a mensuração de todos os atributos e apresenta, originalmente, versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Esse instrumento foi adaptado e validado para a realidade brasileira, denominando-se *PCATool-Brasil* (BRASIL, 2010).

Considerando os atributos que serão abordados, a integralidade tem importante papel na construção do processo de cuidar da criança. Sobre este processo de cuidado integral à saúde infantil, comparou-se o atendimento nas UBS e na ESF, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal. Observou-se, uma clara diferença existente entre a avaliação dos usuários e dos profissionais de saúde. Tanto na avaliação geral da APS como em quase todas as suas dimensões, os usuários a consideram menos positiva nos dois modelos de serviços. Como também foi verificado fragilidades no acesso aos cuidados disponíveis e na coordenação (ARAÚJO, 2015).

Os atributos principais não coexistem separadamente dos atributos derivados, todos estão intimamente correlacionados. Quando considera-se a importância da integralidade, tem-se que levar em consideração a fundamental participação da família e da comunidade no processo saúde-doença de qualquer usuário. Embora em muitos locais essa relação ainda seja frágil. Em estudo realizado em Londrina (DASCHEVI, 2015), que possui uma cobertura de 55% da ESF e seu foco principal é a família e, conseqüentemente, a comunidade, os resultados obtidos indicaram que a oferta de serviços na atenção primária à saúde precisa ser aprimorada para cumprir os atributos da orientação familiar e da orientação para a comunidade.

A constante avaliação dos serviços de saúde na rede básica é um dos fundamentos que compõe a APS. Neste sentido, considera-se que os resultados encontrados em estudos de avaliação da APS em todas as esferas de atendimento da rede básica contribuem significativamente para a busca da superação das dificuldades (OLIVEIRA, 2014).

Para um olhar mais profundo do que o instrumento PCATool permite verificar sobre o cuidado da criança, há que se considerar, ainda, cada atributo em particular, para que se valorize o que de forte existe dentro dos serviços de saúde voltados para a criança e, ao identificar as fragilidades, que seja possível indicar caminhos para seu aprimoramento. Os conhecimentos dos aspectos que envolvem os atributos da APS e sua oferta para os cuidados da criança são de extrema importância, a fim de fornecer subsídios para profissionais e gestores do SUS, em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde (PINA, 2015).

Considerando os atributos essenciais objeto de estudo desta pesquisa, falar-se-á de cada um separadamente.

Integralidade: Diz respeito as ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros (BRASIL, 2010). Starfield (1992), considera que na Atenção Básica (AB), a integralidade é constituída no dia-a-dia do trabalho multiprofissional que ocorrem entre os usuários dos serviços e a equipe.

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Coordenação: A coordenação ou integração de serviços refere-se ao esforço conjunto de uma ação comum, visando à continuidade da atenção. Pressupõe o reconhecimento, por parte do serviço que está atendendo o usuário, das informações oriundas do serviço que o encaminhou, relacionadas ao atendimento presente (STARFIELD, 2002).

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O atributo da Coordenação pressupõe que 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 no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL,2010).

Aos atributos derivados tem-se:

Orientação Familiar: Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (BRASIL,2010).

A ESF propõe que a atenção à saúde centre-se na família o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações. Ao considerar a família como objeto de atenção, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

A APS deve considerar a família como sujeito da atenção, ter conhecimento integral de suas necessidades de saúde e atendê-las de modo singular, como também, reconhecer os recursos disponíveis na comunidade para a promoção da saúde e bem-estar da criança (REICHERT, 2016).

Orientação Comunitária: traz o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidade em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (BRASIL,2010).

Um entendimento das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades, do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias. Esses princípios são condizentes com o que é proposto na ESF, que tem como objetivo romper com o

comportamento passivo das equipes de saúde e estender suas ações para toda a comunidade (REICHERT, 2016).

3.4 Atuação do enfermeiro no cuidado à saúde da criança na atenção primária

Há muito tempo a educação de pacientes é considerada um dos principais componentes do cuidado padrão disponibilizado pelos enfermeiros. O papel de educador desses profissionais está profundamente atrelado ao crescimento e ao desenvolvimento de sua profissão. Desde a metade do século XIX, quando a enfermagem foi reconhecida pela primeira vez como disciplina independente, a responsabilidade pelo ensino é reconhecida como um importante papel do profissional enquanto cuidador (BASTABLE, 2009, p. 26).

Um importante cenário onde o enfermeiro pode atuar como educador é no Programa de Puericultura da Estratégia Saúde da Família. Este programa tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida. A puericultura é desenvolvida tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro.

As atribuições do enfermeiro na puericultura são: realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las (BRASIL, 2012).

Dessa forma, o enfermeiro, por meio de revisões periódicas, desempenha seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade (VIEIRA,

2012). Dentro da atenção básica, a puericultura surge como ferramenta oportuna no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, voltando-se para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, de modo que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância. Neste nível de assistência, o profissional, ao utilizar a consulta de enfermagem em puericultura, necessita buscar o atendimento integral das necessidades da criança, modificando o enfoque centrado na doença. Por intermédio da consulta é possível monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde/doença, revelando forte componente interacional e educativo (GAUTEIRO, 2012).

Como anteriormente referido, umas das atribuições da enfermagem na Puericultura é verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação. É uma importante vacina no combate das doenças gastrointestinais infantil, é a rotavírus. A infecção por rotavírus constitui-se na principal causa de diarreia grave em crianças, contribuindo para uma elevada morbidade hospitalar e mortalidade, estima-se que, ao completar 5 anos, uma criança terá sido afetada por pelo menos um episódio de gastroenterite por rotavírus. Trata-se de um agravo de grandes repercussões, afetando o desenvolvimento infantil, como também os custos gerados pela demanda por serviços médicos e às perdas de dias de trabalho e de escola, gastos com medicamentos e transportes, por exemplo. (SALVADOR, 2011).

É imperativo que o profissional enfermeiro nas suas atribuições na puericultura, trabalhe em favor de sanar esses agravos, fornecendo orientações às mães de crianças com início de sintomas de diarreia ou vômitos, sobre a oferta imediata de soro caseiro ou sais hidratantes e água tratada, para prevenir a desidratação, orientação para não suspender a alimentação e procurar imediatamente o serviço de saúde (ARAÚJO, 2010).

A faixa etária de maior prevalência da diarreia por rotavírus é entre 6 e 24 meses de idade. Faixa crítica para a administração da vacina Rotavírus (VORH). Estudos já tem demonstrado a relação de efetividade entre o uso da vacina e a redução nas taxas de hospitalização por diarreias agudas. Como o estudo realizado nos Estados Unidos, que constatou uma redução de 50% nas hospitalizações por diarreia em crianças de 6 a 23 meses no segundo ano após o uso da vacina oral de rotavírus humano (CURNS, 2010).

Como também o estudo realizado no período de 200 a 2009 no estado do Paraná, onde foi observado a redução nas taxas de hospitalização por diarreia aguda em crianças menores de cinco anos, para todas as faixas etárias estratificadas, sugerindo que o uso da vacina oral de rotavírus humano está associado na redução dos casos (MASUKAWA, 2015). Sendo assim é importante que o enfermeiro monitore possíveis complicações que sejam causadas pela

não vacinação, relacionando com os possíveis desdobramentos negativos que possam influenciar a saúde da criança.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. Os delineamentos transversais são úteis quando se quer analisar como se caracteriza e que fatores estão associados a um desfecho, através da observação de uma população em apenas um determinado período de tempo, além de trabalhar com dados de prevalência (HULLEY et al., 2015).

Dessa forma, estudou-se a relação entre as internações por CSAP pelo diagnóstico de doenças gastrointestinais, Pneumonia, Asma, contempladas pelo CID-10- Código Internacional das Doenças. (ANEXO D, E) e a qualidade da assistência prestada na atenção primária em saúde sob o aspecto dos princípios norteadores/atributos da atenção primária na ESF de Fortaleza-CE.

4.2 Local do estudo

O município de Fortaleza localizado no litoral norte do estado Ceará com uma área territorial de 314,930 km² será contexto deste estudo. O município é capital do estado e quarta maior cidade do país com população de 2 452 185 habitantes estimados pelo IBGE em 2010, sendo 135 498 crianças na faixa etária de 0 a 4 anos 11 meses e 29 dias.

Fortaleza é dividida em seis Secretarias Executivas Regionais de Saúde (SER) - posteriormente, foi criada a da região do centro comercial de Fortaleza (SERCEFOP), considerada sub-secretarias com suporte técnico e autonomia financeira e administrativa (Fig. 1). Cada SER possui uma estrutura de Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS), porta de entrada no sistema hierarquizado, que conta com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o acompanhamento da população adstrita de suas respectivas UAPS (FORTALEZA, 2015)

Considerando o cenário da atenção a saúde a criança em Fortaleza, o estudo foi realizado em dois hospitais pediátricos, um de nível secundário e outro de nível terciário

4.3 População e Amostra

A população foi composta por crianças internadas nos hospitais descritos anteriormente, por diarreia, asma e pneumonia. Doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10) (ANEXO C e D).

Como critérios de inclusão foram definidos: Crianças até 5 anos de idade, - 4anos, 11 meses e 29dias e que tenham recebido qualquer atendimento em Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) do interior ou capital nos últimos 12 meses, segundo recomendações do *PCATool versão criança* (ANEXO C). Os critérios de exclusão foram: crianças com pais ou responsáveis que apresentem algum tipo de deficiência cognitiva ou limitação na comunicação.

Devido ao fato de serem disponibilizados pelas instituições hospitalares dados incipientes sobre o grupo de interesse no estudo, pois cada serviço realizada a notificação de forma diferente, utilizaram-se dados dos referidos hospitais em relação à média trimestral de internações dos diagnósticos de interesse na faixa etária pré-estabelecida para perfazer os cálculos acima, segundo prontuários das próprias instituições. Foi realizada amostragem não probabilística por conveniência (consecutiva). Então as crianças já internadas nos hospitais selecionados na pesquisa e diagnosticadas com pneumonia, asma ou diarreia seriam incluídas no estudo por conveniência até completar o número de sujeitos indicados pelo cálculo amostral.

Para tal utilizou-se a fórmula a seguir, empregada em estudos transversais para populações finitas. Fixou-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral relativo de 8%.

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

4.4 Instrumentos de Coleta de dados

Foram aplicados os seguintes instrumentos: Instrumento Avaliação da Atenção Primária- PCATool-Brasil (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) versão Criança (ANEXO C) e questionário acerca das variáveis sociodemográficas e sobre os desfechos clínicos (APÊNDICE D).

O PCATool-Brasil (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) versão Criança advém de um conjunto de escores de cada atributo da APS, gerando um escore global que define o grau de orientação do serviço ou sistema de saúde à APS (BRASIL, 2010a). A versão criança validada para o país é composta por 55 perguntas para aferição dos atributos da APS assim distribuídos: seis para acesso de primeiro contato, 14 para continuidade ou longitudinalidade, oito para coordenação, 14 para integralidade, três para orientação familiar, quatro para orientação comunitária e, outras três perguntas que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde (BRASIL, 2010a). Neste estudo serão utilizadas somente os itens relacionados a Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

O PCATool-infantil permite medir a presença e extensão dos atributos dos serviços de Atenção Primária às crianças e o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde. Segundo o modelo de Likert, para cada afirmação acerca das práticas de atendimento no serviço, o respondente escolhe uma dentre as seguintes alternativas: com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; e não sei/não lembro. Para cada alternativa o instrumento confere uma pontuação (4, 3, 2, 1 e 0, respectivamente), cuja somatória é transformada em escore mediante cálculos estatísticos definidos no manual do PCA-Tool (BRASIL, 2010b).

Para interpretação das respostas individuais dos entrevistados em relação a cada questão, considerar-se-á, nesse estudo, as alternativas “*com certeza não*”, “*provavelmente não*”, “*não sei*” e “*não sei/ não lembro*”. como negativas ou desfavoráveis, e “*com certeza sim*” e “*provavelmente sim*” como positivas ou favoráveis.

No instrumento, há identificação de elementos de estrutura da APS, que abrangem a acessibilidade, entendida como a capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma população; a amplitude de serviços ofertados, relacionada à disponibilidade das ações aos usuários; a definição da população a assistida, que concerne à descrição das famílias às unidades com APS; e, a continuidade dos cuidados, entendida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e a utilização dos serviços ao longo do tempo. Igualmente avalia elementos de processo desse nível de atenção, que incluem os padrões de utilização dos serviços, exemplificados pela questão do profissional que o indivíduo habitualmente recorre na unidade de atenção, e o reconhecimento dos problemas e transtornos de saúde dos indivíduos, pelo levantamento de algumas afecções (BRASIL, 2010a).

As variáveis preditoras analisadas serão os dados sociodemográficos selecionados para a caracterização dos entrevistados que incluem: o grau de parentesco com a criança, sexo, idade, renda, grau de escolaridade, estado civil, raça, condições de moradia; e para as crianças que abrangem: sexo, idade, raça, se recebe auxílio do governo, atendimentos anteriores na atenção primária.

O outro conjunto de variáveis preditoras serão os atributos da APS selecionados para este estudo:

- *Atributos Essenciais*, representados por: Integração de Cuidados-Coordenação, Sistema de Informação-Coordenação, Serviços Disponíveis-Integralidade, Serviços Prestados-Integralidade.
- *Atributos Derivados*, expressos por: Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

As variáveis de desfecho avaliadas serão os escores satisfatórios ou insatisfatórios presentes no estudo.

As entrevistas foram conduzidas nos hospitais selecionados por entrevistadores, estudantes e enfermeiros, treinados pelos pesquisadores, que aceitaram participar da coleta de dados através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado (APÊNDICE B e C) utilizando-se o Procedimento Operacional Padrão (POP) contendo a Escala – *PCATool* – *Primary Care Assessment Tool* (ANEXO A); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para participantes (APÊNDICE A); Questionário Sociodemográfico – (APÊNDICE D).

Foi respeitada a privacidade do entrevistado, buscando um ambiente mais acolhedor e reservado para a realização da entrevista e foi realizado um teste piloto para capacitar os alunos para a coleta, no estilo Role-Play.

4.5 Organização e análise de dados

Inicialmente foi criado banco de dados no programa Excel dos dados os quais foram organizados e agrupados de acordo com os blocos de perguntas dos instrumentos utilizados na coleta de dados: atributos da APS (Coordenação-Integração de Cuidados e Sistema de Informação, Integralidade-Serviços Disponíveis e Serviços Ofertados e Orientação-Familiar e Comunitária), características sociodemográficas dos cuidadores (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, grau de escolaridade, raça/cor) e das crianças (idade, sexo e raça/cor). Em seguida foram transcritos para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, para a execução do processamento e a submissão das análises.

Em seguida foram calculados os escores dos atributos de acordo com as instruções presentes no (ANEXO B) originárias do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment tool-PCAtool*) (BRASIL, 2010a) para cada entrevista realizada. Os escores finais foram dados pela média das respostas das entrevistas. Por sua vez, esses escores, apresentados em escala Likert com intervalo de 1 a 4, foram convertidos em uma escala de 0 a 10, também em conformidade com as normas citadas, com o objetivo de facilitar a interpretação da grandeza dos valores.

O escore bruto (escala Likert 1-4) será melhor visualizada na Tabela 3 (pág.35), onde encontra-se as médias de respostas para cada pergunta do *PCAtool*. A conversão para a escala de 0 a 10 será melhor observada na figura 1 (pág.34).

Como não há no referido documento a definição de parâmetros para a interpretação dos valores da escala Likert ou do intervalo de 0 a 10, para o status dos atributos e dos escores obtidos, tomou-se como referência os valores estabelecidos no instrumento original, os quais

foram utilizados em estudos realizados com a aplicação do PCATool, conforme descrito a seguir:

- Escores $\geq 6,6$ e atributos equivalentes ao valor três ou mais na escala Likert, serão considerados elevados;
- Escores $< 6,6$ e atributos correspondentes a valores inferiores a três na escala Likert, foram classificados baixos (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA, 2012).

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo.

Para avaliar se houve ou não diferenças nas médias nas variáveis sociodemográficas aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. É um teste não paramétrico que avalia se existe diferença estatística significativa entre as médias das k categorias do grupo de um dado fenômeno em estudo. Os grupos aqui são cada variável sócio-demográfica e as k categorias são as possíveis opções de resposta.

Para concluir que houve significância considera-se o nível de 10%, isto indica que se o p-valor for menor que 0,10 então podemos evidenciar que existe diferença entre as médias comparadas, se for maior que 0,10 então as categorias do grupo produzem estatisticamente a mesma média.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, seguindo as orientações da Resolução 466/12, (BRASIL,2013) outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa em questão e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação para a o incremento do conhecimento em uma área ainda incipiente.

5 RESULTADOS

Para melhor entender o fenômeno de estudo, é necessário recorrer da análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além

de facilitar o resumo do estudo. Inicialmente são apresentadas as características gerais dos cuidadores e das crianças participantes do estudo. Logo em seguida as devidas correlações com os atributos estudados no estudo.

5.1 Descrevendo as características dos participantes do estudo

Dos 120 entrevistados, 46 (38,3%) estavam entre a faixa etária de 14 a 23 anos e 38 (31,7%) reside nas áreas circunscritas às regionais 5 e 6 de Fortaleza. Dentre os participantes 72 (60%) possuem o ensino fundamental e 70 (58,3%) tem como ocupação o lar.

Em sua maioria as famílias são compostas por 2 a 4 membros, 68 (56,7%) e possuem benefício do programa social do governo federal, o Bolsa Família, 75 (62,5%). A renda familiar da maioria dos lares é de apenas um salário mínimo, 62 (51,7%) as residências possuem de 3 a 5 cômodos, 61 (50,8%) e as idades das crianças estão compreendidas entre 14 e 25 meses, 41 (34,2%). Tabela 1

TABELA 1: Características sociodemográficas das mães/cuidadores participantes do estudo. Fortaleza, fev-jun 2016.

Variável	N	%	Média	Desvio Padrão
	120			
Idade (Pais/Cuidador):			27,43	7,68
14 - 23	46	38,3		
24 - 28	32	26,7		
29+	42	35,0		
Procedência			--	--
Fortaleza-SER I e II	7	5,8		
Fortaleza- SER III	24	20,0		
Fortaleza –SER IV	20	16,7		
Fortaleza- SER V e VI	38	31,7		
Região Metropolitana	15	12,5		
Interior do Estado	16	13,3		
Escolaridade			--	--
Fundamental	72	60,0		
Médio	48	40,0		
Estado civil:			--	--
Casada/ União consensual	85	70,8		
Solteira /Divorciada/Viúva	35	29,2		
Ocupação:			--	--
Sem informação	2	1,7		
Do lar	70	58,3		
Emprego Formal ou Informal	40	33,3		

Estudante	8	6,7		
Quantas pessoas moram na residência?			4,67	1,80
2 a 4	68	56,7		
5+	52	43,3		
Número de cômodos na casa:			--	--
de 1 a 3	23	19,2		
de 3 a 5	61	50,8		
Mais que 5	36	30,0		
Renda familiar:			--	--
Menos de um salário mínimo	26	21,7		
Um salário mínimo	62	51,7		
Pelo menos dois salários	32	26,7		
Tem benefício do programa Bolsa Família?			--	--
NÃO	45	37,5		
SIM	75	62,5		

Acerca das crianças participantes, 104 (86,7%) nasceram a termo, 60 (50%) foram amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida e 62 (51,7%) não frequentam a puericultura de rotina. Destas, 24 (47,1%) frequentaram a puericultura entre os zero e seis meses de vida, apenas. As consultas, segundo as mães/cuidadores geralmente eram conduzidas por enfermeiros, 48 (40%). Mais da metade das crianças não frequentam creche ou escola, 69 (57,5%) e estavam internadas pelo diagnóstico de pneumonia, 84 (70%), conforme dados presentes na tabela 2.

TABELA 2: Características sociodemográficas das crianças internadas por condições sensíveis a atenção primária. Fortaleza, fev- mar, 2016.

Variável	N	%	Média	Desvio Padrão
Idade da criança(meses):	120		23,67	15,03
3 – 13	39	32,5		
14 – 25	41	34,2		

26+	40	33,3		
A criança nasceu prematura?			--	--
NÃO	104	86,7		
SIM	16	13,3		
Você amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?			--	--
Até 1 mês	21	17,5		
Entre 2 e 4 meses	39	32,5		
Até 6 meses	60	50,0		
A criança frequenta a puericultura de rotina?			10,43	8,10
NÃO	62	51,7		
SIM	58	48,3		
Se não, porém já frequentou a puericultura, até que idade o fez?			--	--
0 a 6 meses	24	47,1		
7 a 12 meses	16	31,4		
13 a 36 meses	11	21,6		
Que categoria de profissional realiza/realizava a puericultura?			4,67	1,80
Enfermeiro(a) apenas	48	40,0		
Enfermeiro(a) e médico(a)	35	29,2		
Médico(a) apenas	23	19,2		
Não se aplica	14	11,7		
Criança frequenta creche/escola?			--	--
NÃO	69	57,5		
SIM	51	42,5		
Diagnostico da internação atual:			--	--
Asma	3	2,5		
Diarreia	29	24,2		
Diarreia e Pneumonia	4	3,3		
Pneumonia	84	70,0		

Considerando as crianças que tiveram como causa de internação, o diagnóstico de Diarreia, a maior parte, 26 (89,7%) receberam as duas doses da vacina rotavírus. Em relação as crianças com diagnóstico de Asma e/ou Pneumonia, apenas 48 (55,2%) os responsáveis relataram que receberam até 2 doses da vacina contra influenza, e 33 (37,9%) tomaram 4 doses da pneumocócica 10- valente. O cartão de vacina encontrava-se atualizado de 62 (71,3%) de todas as crianças contempladas na pesquisa, e 63 (72,4%) dos responsáveis admitiram nunca ter recebido qualquer informação de prevenção contra a pneumonia/ asma, conforme dados da tabela 3.

TABELA 3: Características relacionadas a vacinação e informações em saúde das crianças participantes do estudo. Fortaleza, 2016

Variável	N	%
Somente Diarreia:		
O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus?		
NÃO	3	10,3
SIM	26	89,7
Se sim, quantas doses?		
2	26	100,0
Você já recebeu alguma informação sobre prevenção de diarreia?		
NÃO	17	58,6
SIM	12	41,4
Somente Asma/Pneumonia		
A criança recebeu quantas doses da vacina contra influenza?		
Não informado	25	28,7
Até 2 doses	48	55,2
3+	14	16,1
A criança recebeu quantas doses da Pneumocócica 10 – valente?		
Não informado	24	27,5
Até 3 doses	30	34,5
4+	33	37,9
O cartão de vacina encontra-se atualizado?		
NÃO	25	28,7
SIM	62	71,3
Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da Pneumonia/Asma?		
NÃO	63	72,4
SIM	24	27,6

5.2 Atributos da Atenção Primária- Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Comunitária- presentes nos participantes do estudo

Na figura 1 observa-se que dentre os atributos pesquisados a coordenação- integração de cuidados obteve o melhor escore quando comparado com os demais. Considerando os atributos da atenção primária objeto de estudo dessa pesquisa, na figura 1, tem-se os seguintes achados para os escores médios. Coordenação- Integração de cuidados (4,08), Coordenação- sistema de informações (5,96), Integralidade- serviços disponíveis (4,95), Integralidade- serviços prestados (4,30), Orientação familiar (4,52) e Orientação comunitária (3,36).

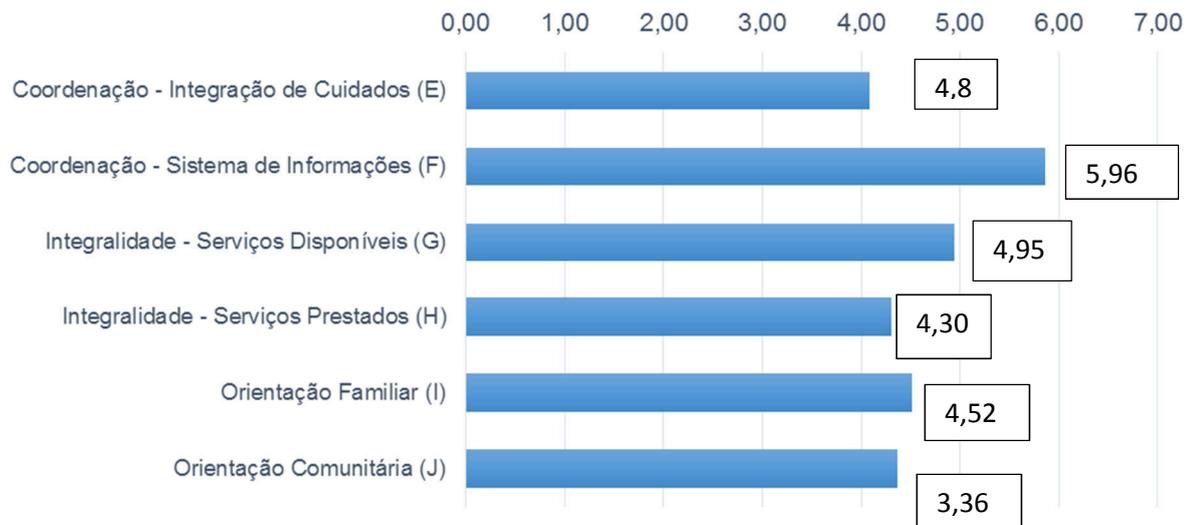


Figura 1: DIAGRAMA SOBRE ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, FORTALEZA, 2016

Na tabela 3, a seguir, lista-se os valores dos escores dos atributos por questão da ferramenta PCATool, onde o valor da maior média foi do atributo Coordenação- Sistema de Informações (F), com escore igual a (2,76). O item de maior expressão deste atributo foi o F1, que refere-se ao uso de registros de saúde na consulta da criança. O escore médio deste item foi de (3,44).

Nos itens referentes ao atributo Coordenação- Integração de Cuidados (E), o que obteve maior expressão foi o E3, referente ao encaminhamento da criança a um serviço especializado, com escore de (2,42). No atributo Integralidade- Serviços Disponíveis (G), o serviço de imunização foi o que apresentou maior escore (3,78) e a identificação por parte do usuário de algum serviço para tratar problemas visuais apresentou menos escore (1,54).

Quanto ao atributo Integralidade-Serviços prestados (H), a orientação quanto a manter a criança saudável foi o item de maior escore (2,81) e o item de orientar quanto a melhor maneira de lidar com os problemas de comportamento das crianças, obteve o menor escore (1,92).

O item I2 do atributo Orientação Familiar (I), foi o que obteve maior escore (3,17). Este item trata do interesse do profissional que conduz a consulta em saber do usuário o histórico de doenças dos familiares da criança. No entanto, o item I1 que diz respeito ao interesse do mesmo profissional sobre as ideias, anseios e dúvidas dos pais/cuidadores sobre um possível tratamento para a criança, obteve o menor escore (1,69).

Por fim, o atributo Orientação Comunitária (J), as visitas domiciliares apresentaram o maior escore (2,87), e o item que diz respeito a convidar a comunidade para conselhos gerais sobre a saúde da comunidade teve o menor escore (1,60).

TABELA 3: Valores dos escores dos atributos por questão da ferramenta PCATools.
Fortaleza-Ce, 2016.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Min	Máx	Média	IC 95%	Desvio Padrão
Coordenação - Integração de Cuidados (E)	1,0	4,0	2,23	(1,77 ; 2,68)	1,13
E2- Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	1,0	4,0	2,38	(1,8 ; 2,95)	1,44
E3- O (a) “ <i>nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”	1,0	4,0	2,42	(1,84 ; 2,99)	1,44
E4- O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	1,0	4,0	1,96	(1,47 ; 2,45)	1,23
E5- O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	1,0	4,0	2,17	(1,64 ; 2,69)	1,31
E6- Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	1,0	4,0	2,21	(1,67 ; 2,75)	1,35
Coordenação - Sistema de Informações (F)	1,0	4,0	2,76	(2,63 ; 2,89)	0,70
F1- Quando você leva sua criança no “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?”	1,0	4,0	3,44	(3,25 ; 3,63)	1,05
F2- Quando você leva sua criança no (a) “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	1,0	4,0	2,95	(2,72 ; 3,18)	1,26
F3- Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “ <i>nome do serviço de</i>	1,0	4,0	1,88	(1,7 ; 2,07)	1,03

<i>saúde/ou nome médico/enfermeiro”?</i>					
Integralidade - Serviços Disponíveis (G)	1,0	4,0	2,48	(2,39 ; 2,58)	0,48
G1- Vacinas (imunizações).	1,0	4,0	3,78	(3,67 ; 3,89)	0,61
G2- Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	1,0	4,0	3,26	(3,05 ; 3,47)	1,16
G3- Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	1,0	4,0	3,38	(3,2 ; 3,57)	1,04
G4- Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	1,0	4,0	1,76	(1,58 ; 1,94)	1,00
G5- Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	1,0	4,0	1,86	(1,68 ; 2,03)	0,98
G6- Aconselhamento para problemas de saúde mental.	1,0	4,0	1,97	(1,78 ; 2,15)	1,04
G7- Sutura de um corte que necessite de pontos.	1,0	4,0	2,36	(2,13 ; 2,58)	1,26
G8- Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	1,0	4,0	2,87	(2,65 ; 3,09)	1,24
G9- Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	1,0	4,0	1,54	(1,38 ; 1,7)	0,88
Integralidade - Serviços Prestados (H)	1,0	4,0	2,29	(2,1 ; 2,48)	1,06
H1- Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	1,0	4,0	2,81	(2,56 ; 3,06)	1,39
H2- Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	1,0	4,0	2,38	(2,13 ; 2,64)	1,44
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 ...	1,0	4,0	2,23	(1,98 ; 2,48)	1,39
H4- Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	1,0	4,0	1,92	(1,69 ; 2,14)	1,27
H5- Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	1,0	4,0	2,11	(1,87 ; 2,35)	1,36
Orientação Familiar (I)	1,0	4,0	2,36	(2,2 ; 2,51)	0,85

I1- O seu/ sua “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	1,0	4,0	1,69	(1,49 ; 1,9)	1,15
I2- O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	1,0	4,0	3,17	(2,94 ; 3,39)	1,24
I3- O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	1,0	4,0	2,21	(1,99 ; 2,42)	1,21
Orientação Comunitária (J)	1,0	4,0	2,31	(2,14 ; 2,48)	0,89
J1- Alguém do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” faz visitas domiciliares?	1,0	4,0	2,87	(2,62 ; 3,11)	1,35
J2- O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	1,0	4,0	2,57	(2,35 ; 2,79)	1,23
J3- Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	1,0	4,0	2,24	(2,01 ; 2,48)	1,32
J4- Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	1,0	4,0	1,60	(1,4 ; 1,8)	1,10

Na tabela 5, observa-se associação entre idade dos cuidadores na faixa etária entre 24 e 28 anos, onde vê-se maior escore (6,85), quando relacionado ao atributo Coordenação-sistema de informação (F). Os residentes da regional quatro apresentaram maior escore (8,33) quando relacionados ao atributo Coordenação- integração de cuidados. A ocupação estudante apresentou escore (6,81) quando relacionado ao atributo F e a quantidade de 1 a 3 de cômodos na casa teve escore (7,00) em relação o atributo E.

Quando associado os atributos e a variável idade (mãe/cuidador) observa-se associação entre Coordenação de informação (F) e a idade da mãe/cuidador ($p=0,013$). Acrescenta-se ainda nesse mesmo nível de análise associação com os atributos Coordenação-sistema de informação (F) ($p=0,035$), Integralidade- serviços disponíveis (G) ($p=0,042$) e com Orientação Familiar (I) ($p=0,086$).

Em relação a renda familiar, as famílias que se sustentam com um salário mínimo, encontrou-se associação com o atributo Orientação Familiar (I), com o (p=0,081).

TABELA 5: Resultado da comparação dos indicadores Coordenação- integração de cuidados (E), Coordenação- sistema de informação(F), Integralidade- serviços disponíveis (G), Integralidade- serviços prestados (H) Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J) dividido por cada variável sócio demográfica do cuidador.

Indicador	Categoria	E	F	G	H	I	J
2.Idade (Mãe/Cuidador):	14 - 23	2,92	5,86	4,82	3,75	4,20	4,04
	24 - 28	4,44	6,85	5,52	4,79	5,28	4,68
	29+	4,95	5,12	4,60	4,52	4,29	4,45
	P-valor	0,598	0,013	0,149	0,370	0,154	0,609
3.Procedência	Regional I e II	4,00	6,22	4,07	5,33	3,33	3,89
	Regional III	8,00	4,70	4,96	4,44	4,86	4,33
	Regional IV	8,33	6,39	5,03	5,27	5,11	5,13
	Regional V e VI	1,58	5,61	4,50	3,47	3,57	3,38
	Cidades metropolitanas	5,44	6,96	5,82	4,53	5,48	5,00
	Interior do Estado	2,00	6,25	5,34	4,17	5,14	5,22
	P-valor	0,057	0,035	0,042	0,527	0,086	0,234
5.Escolaridade	Fundamental	4,75	5,93	4,97	4,06	4,46	4,19
	Médio	2,48	5,77	4,90	4,67	4,61	4,58
	P-valor	0,170	0,839	0,942	0,295	0,659	0,522
6.Estado civil:	Casada/ União consensual	4,52	5,75	4,92	4,24	4,58	4,45
	Solteira /Divorciada/Viúva	2,78	6,15	5,03	4,46	4,38	4,14
	P-valor	0,320	0,373	0,783	0,797	0,786	0,691
7.Ocupação:	Do lar	3,96	5,89	4,95	4,32	4,44	4,39
	Emprego Formal ou Informal	2,00	5,58	4,85	4,23	4,67	4,38
	Estudante	6,67	6,81	4,91	3,50	3,47	2,92
	P-valor	0,488	0,466	0,791	0,897	0,641	0,451
8.Quantas pessoas moram na residência?	2 a 4	3,21	6,25	4,93	4,57	4,51	4,74
	5+	5,83	5,38	4,97	3,95	4,53	3,83
	P-valor	0,095	0,073	0,685	0,378	0,942	0,122
9.Tem benefício do programa bolsa família?	NÃO	3,67	5,68	4,79	3,93	4,81	4,23
	SIM	4,38	5,97	5,05	4,52	4,34	4,44
	P-valor	0,567	0,728	0,686	0,467	0,397	0,674
10.Renda familiar:	Menos de um salário mínimo	2,78	6,53	4,97	3,54	3,46	4,35
	Um salário mínimo	4,05	5,95	5,21	4,77	4,95	4,44
	Pelo menos dois salários	6,17	5,17	4,46	4,00	4,55	4,22
	P-valor	0,380	0,133	0,390	0,269	0,081	0,915
	de 1 a 3	7,00	5,77	5,26	5,54	4,69	3,79

12. Número de cômodos na casa:	de 3 a 5	3,29	6,06	5,12	4,03	4,50	4,81
	mais que 5	4,33	5,59	4,50	3,96	4,44	3,96
	P-valor	0,206	0,684	0,282	0,186	0,920	0,239
14. Idade da Criança (M=Meses)	3 - 13	3,60	5,80	5,01	3,47	4,19	4,42
	14 - 25	3,90	5,83	5,04	4,65	5,07	4,82
	26+	4,95	5,95	4,79	4,75	4,28	3,90
	P-valor	0,764	0,774	0,918	0,165	0,335	0,417

Considerando a avaliação às crianças, tem-se associação significativa quando relaciona-se o tempo de amamentação, entre dois e quatro meses, com os atributos Integralidade- serviços prestados (H) com o (p=0,082) e com Orientação Comunitária (J), onde o (p=0,006). Outro importante achado foi a associação entre a criança frequentar a puericultura de rotina (p=0,000) com o atributo Integralidade- serviços prestados (H). Para aquelas que não frequentavam puericultura, mas que no entanto, já frequentaram por pelo menos até os 36 meses de vida, encontrou-se associação (p=0,033) com o mesmo atributo anterior.

Em relação aos profissionais que conduziam as consultas de rotina, a opção apenas enfermeiro encontrou associação o atributo Coordenação- sistema de informação(F), com o (p=0,061), em contrapartida a opção que mesclava os atendimentos entre médicos e enfermeiros, encontrou associação com os atributos Integralidade- serviços prestados (H), com o (p=0,019) e o atributo Orientação Comunitária (J), com (p=0,083). Dados na tabela 6.

TABELA 6: Resultado da comparação dos indicadores Coordenação- integração de cuidados (E), Coordenação- sistema de informação(F), Integralidade- serviços disponíveis (G), Integralidade- serviços prestados (H) Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J) dividido por cada variável socio demográfica da criança.

Indicador	Categoria	E	F	G	H	I	J
17. A criança nasceu prematura?	Não	4,25	5,72	4,88	4,28	4,52	4,34
	Sim	3,47	6,90	5,44	4,46	4,51	4,55
	P-valor	0,661	0,112	0,161	0,870	0,975	0,690
18. Você amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?	Até 1 mês	2,33	5,44	4,69	2,79	3,44	3,73
	Entre 2 e 4 meses	5,17	6,20	5,00	4,68	5,56	4,83
	Até 6 meses	4,27	5,80	5,00	4,58	4,22	4,29
	P-valor	0,320	0,437	0,836	0,082	0,006	0,456
19. A criança frequenta a Puericultura de rotina?	NÃO	2,97	5,85	4,91	3,14	4,09	4,11
	SIM	5,39	5,88	4,99	5,54	4,98	4,63
	P-valor	0,114	0,807	0,908	0,000	0,102	0,440
20. Se não, porém já frequentou a	0 a 6 meses	2,67	5,60	4,58	3,03	3,56	4,39
	7 a 12 meses	2,22	5,90	5,56	2,46	4,24	4,29

Puericultura, até que idade o fez? (M=meses)	13 a 36 meses	4,17	5,86	4,77	5,94	4,75	4,42
	P-valor	0,812	0,822	0,319	0,033	0,482	0,977
21. Que categoria de profissional a realiza/realizava este tipo de consulta?	Enfermeiro(a) apenas	4,00	6,21	4,97	5,06	4,54	4,19
	Enfermeiro(a) e Médico(a)	5,63	6,06	5,19	5,07	4,89	5,44
	Médico(a) apenas	1,33	4,80	4,76	2,75	3,96	3,70
	Não se aplica	2,44	5,90	4,62	2,33	4,44	3,13
	P-valor	0,191	0,061	0,773	0,019	0,480	0,083
22. A criança frequente creche/escola	NÃO	3,23	5,81	4,92	3,94	4,41	4,17
	SIM	5,09	5,93	4,98	4,78	4,66	4,63
	P-valor	0,221	0,485	0,436	0,138	0,721	0,422

Na tabela 7 temos os atributos relacionados aos dados sociodemográficos referentes aos diagnósticos. A diarreia encontrou associação com o atributo Orientação Comunitária (J), com o ($p=0,073$). Quanto a imunização contra influenza, as crianças que receberam até duas doses, encontraram associação com atributo Orientação Familiar (I), apresentando 0 ($p=0,076$).

TABELA 7: Resultado da comparação dos indicadores Coordenação- integração de cuidados (E), Coordenação- sistema de informação(F), Integralidade- serviços disponíveis (G), Integralidade- serviços prestados (H) Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J) dividido por cada variável sócio demográfica em relação ao diagnóstico.

Indicador	Categoria	E	F	G	H	I	J
23. Diagnóstico da internação atual	Asma/Pneumonia	4,03	5,84	4,83	4,02	4,37	4,04
	Diarreia	3,33	5,98	5,30	5,03	4,87	5,22
	P-valor	0,863	0,821	0,485	0,176	0,385	0,073
34. O cartão de vacina encontra-se atualizado?	NÃO	3,60	5,60	4,78	3,97	4,49	4,27
	SIM	4,17	5,93	4,85	4,03	4,32	3,92
	P-valor	0,840	0,471	0,872	0,952	0,849	0,645
35. Doses vacina influenza(campanha)	Até 2 doses	4,36	6,14	5,04	3,97	4,68	4,26
	Mais do que 3	3,33	5,24	4,23	4,24	3,10	3,04
	P-valor	0,688	0,362	0,448	0,516	0,076	0,152
36. Doses pneumocócica 10-valente	Até 3 doses	3,04	5,99	5,07	3,80	4,63	4,10
	4 doses	5,62	5,87	4,73	4,30	4,18	3,89
	P-valor	0,234	0,905	0,750	0,411	0,483	0,745
41. Informação sobre a prevenção da pneumonia/asma?	NÃO	4,89	5,83	4,81	3,87	4,06	3,90
	SIM	2,89	5,85	4,87	4,39	5,19	4,36
	P-valor	0,256	0,813	0,730	0,578	0,136	0,485

6 DISCUSSÃO

6.1 Discutindo acerca das características sociodemográficas dos participantes do estudo

Na presente pesquisa a idade de maior prevalência das mães ou principais cuidadores compreendeu a faixa etária entre 14 e 23 anos, ou seja, na sua maioria adolescentes ou adultos jovens, corroborando com as estatísticas do país. A gravidez na adolescência tem se tornado cada vez mais recorrente nos últimos anos, pois segundo levantamento realizado em 2015 (BRASIL, 2015), entre os meses de Junho a Dezembro, foram contabilizados 96.767 adolescentes grávidas, compreendendo a faixa etária entre 10 e 19 anos. Apenas em 2010 o Brasil já contava com 34 milhões de jovens nessa faixa etária, correspondendo a 17,9% de toda a população, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Além do perfil de mães/cuidadores jovens, identificou-se um que estas possuíam apenas o ensino fundamental, o que associado a questão da gravidez precoce, entre outros determinantes sociais como nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras, podem influenciar negativamente na qualidade de vida e saúde (CAMAROTTI, 2011).

A baixa escolaridade do cuidador é considerada um fator de risco para as internações de crianças, principalmente as menores de cinco anos. Pois age no entendimento dos perigos que favorecem o adoecimento, na importância de cuidados especiais durante a gestação, como também os cuidados durante a infância, que poderiam proporcionar menores riscos de contrair enfermidades que geram hospitalização (GRANZOTTO *et al.*, 2014).

Além disso, a escolaridade do cuidador apresenta uma relação direta com a qualidade dos cuidados oferecidos aos filhos, pois quando o cuidador dispõe de boa instrução, este apresenta facilidade para compreender as orientações dadas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, aplicá-las na melhoria do cuidado infantil, como noções de higiene, imunização, terapia de hidratação oral e a própria amamentação. (SOUSA *et al.*, 2013).

Em famílias constituídas por pares tão jovens é comum encontrar muitos moradores na mesma casa e uma renda familiar baixa. Nesta pesquisa predominou famílias de 4 a 5 membros vivendo apenas com um salário mínimo e sendo beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF), do governo federal. O PBF constitui-se na maior política de assistência social brasileira e vincula a garantia de uma renda mínima ao cumprimento de condicionalidades. Assim, a participação no programa exige a realização de exames pré-natal para as gestantes, acompanhamento médico, atualização de vacinas e manutenção de peso e altura adequados das

crianças de zero a seis anos, por exemplo. O que favorece a permanência da mãe no sistema de saúde, favorecendo um melhor acompanhamento (TAVARES, 2010).

Destaca-se que em termos localização destas crianças, a predominância foram aquelas oriundas de Fortaleza, residindo nas regionais 5 e 6 da capital. Cabe ressaltar que Fortaleza é composta por 119 bairros, que são divididos em seis regionais. A regional 2 apresenta a maior média do Índice de Desenvolvimento Humano, 0,587, e neste estudo obteve-se poucas crianças desta localidade, provavelmente porque acessam hospitais particulares. Já as regionais 5 e 6, apresentam as menores médias com 0,246 e 0,305 respectivamente e a maior população segundo censo do IBGE de 2010. Confirmando o fato de que as condições de moradia e renda influenciam diretamente nas condições de adoecimento, consequentemente no maior número de internações hospitalares.

Uma maneira eficaz de prevenir doenças comuns da infância é através das consultas rotineiras de puericultura. No entanto, neste estudo observou-se pouca participação dos cuidadores nas consultas de puericultura, visto que é perceptível o número de faltosos as consultas. Assim, segundo Lima (2013), o não comparecimento às consultas de puericultura agendadas nas Unidades Básicas deve ser visto não apenas como uma dificuldade, mas também como uma referência para orientar os profissionais de saúde e os gestores a reavaliarem as estratégias de atendimento à criança saudável, que incluam e compreendam que os principais colaboradores para esta dificuldade são: a impregnação na comunidade da visão curativa, própria do modelo biomédico, a dispensação dos cuidados da criança a outras pessoas, e, a falta de entendimento sobre a puericultura.

Além disso, as mães, segundo estudos na área, apontam inúmeros obstáculos para o não comparecimento a consulta de puericultura, tais como, esquecimento, falta de tempo, irrelevância da consulta, desinteresse, falha na marcação da consulta, desconhecimento das rotinas da Unidades de Saúde, ausência de informação a respeito do dia da consulta e acontecimentos inesperados (CAMPOS, 2011; CORREIA, 2010; VITOLLO, 2010; XIMENES, 2011). Acrescenta-se que na atualidade, observa-se o fenômeno de transmissão do cuidado dos filhos a outrem, em detrimento da responsabilização natural dada aos pais, o que justifica em algumas situações a ausência da criança nas consultas de puericultura (LIMA, 2013).

A puericultura hoje é uma das principais estratégias para o fortalecimento do cuidado infantil, e uma das categorias profissionais que mais atua diretamente com a comunidade, é o enfermeiro. Não obstante, neste estudo foi o profissional mais apontado pelos cuidadores, sendo aquele que conduzia as consultas na Atenção Primária, pelos participantes da pesquisa. Realidade vista em todo território nacional (FALBO, 2012). Assim, cabe ao

enfermeiro deter o conhecimento necessário para avaliação da criança, tomada de decisões e orientação da família (GUATERIO, 2012). Para oferecer um cuidado integral e humanizado, o enfermeiro necessita considerar a criança no contexto socioeconômico, cultural e familiar no qual está inserida (FALBO, 2012).

No estudo observou-se expressiva parcela de mães que mantiveram o AME nos seis primeiros meses de vida. Diferentemente da literatura, que traz que o desmame precoce de mães adolescentes é um fenômeno comum e esperado, e dá-se principalmente devido a idade inferior a 20 anos (QUELUZ, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; CAMAROTTI, 2010; SILVA, 2013).

No que se refere a principal condição sensível a atenção primária, objeto deste estudo, a pneumonia foi mais prevalente. Destaca-se que seus sinais e sintomas clínicos comuns são febre, taquipneia e saturação de oxigênio reduzida e seu principal agente etiológico em crianças são as bactérias, embora vários fatores como idade, estado nutricional, doença de base e fatores ambientais, tenham grande influência na sua etiologia. Nas pneumonias adquiridas na comunidade o *Streptococcus pneumoniae* é um agente particularmente importante nos lactentes e pré-escolares, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (MARTINS, 2013).

Reconhecendo a doença como um agravo importante que precisa ser discutido, uma importância medida de prevenção e controle desta doença foi a inclusão da vacina pneumocócica 10-valente, no ano de 2010, pelo Programa Nacional de Imunização no Brasil e que contribuíram para redução destas doenças no País (YOSHIOKA, 2011). A finalidade da inserção da vacina é obter impacto na diminuição de internações e mortes por pneumonias e outras doenças causadas pelo pneumococo na infância. Essa vacina proporciona cobertura contra 88% das cepas da bactéria pneumococo, identificada como causadora de pneumonia, meningite, bacteremia e otite média aguda em crianças. Com a disponibilização dessa vacina, muitas internações poderiam está sendo evitadas, porém encontramos no estudo pequena quantidade de crianças imunizadas, comprovando a necessidade do incentivo à vacinação para essa população (SILVA *et al.*, 2013).

Os principais fatores de risco associado às infecções respiratórias, são: renda familiar restrita, baixo nível de escolaridade dos pais, alta densidade de moradores por domicílio, interrupção precoce do aleitamento materno, desnutrição, tabagismo passivo e frequência à creche (RODRIGUEZ, 2011). Destacam-se ainda fatores ambientais, como poluição do ar respirado, uma variável determinante para o aumento dos casos e da gravidade das infecções respiratórias em menores de cinco anos de idade (NEGRISOLI, 2013). Assim,

alguns destes determinantes sociais, ambientais e econômicos puderam ser percebidos no estudo e corroboram para o desfecho das internações por condições sensíveis.

É preciso destacar que o registro de óbito e internação por pneumonia pode ser influenciado por outras infecções de vias aéreas não prevenidas pela vacina PCV10, tais como a influenza A (H1N1) que pode originar um quadro de pneumonia, por isso a importância da vacinação de crianças contra a Influenza A (KUPEK; VIEIRA, 2016).

Outro diagnóstico que obteve expressivo número de crianças hospitalizadas foi a diarreia, na qual, assim como a vacinação para pneumonia apresentou baixa adesão segundo cuidadores do estudo. Uma conhecida causa desta morbidade é a contaminação pelo Rotavírus, logo, uma eficaz maneira de prevenção é o uso da Vacina Oral contra o Rotavírus Humano (VORH), ofertada no calendário básico de vacinação da rede pública. Esta foi introduzida no calendário vacinal do Brasil a partir de março de 2006, e é administrada em duas doses, com intervalo de 4 a 8 semanas, em crianças com 2 a 4 meses. A cobertura vacinal para duas doses aumentou de 79,8% em 2007 para 86,4% em 2012, embora baixas coberturas possam ser observadas em Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Desde então vem apresentando evidente eficácia, pois foi observada uma redução entre 22 a 41% na mortalidade e 17 a 51% nas internações por diarreia em menores de 5 anos (ICHIHARA, 2014).

6.2 Discutindo sobre os Atributos da Atenção Primária- Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Comunitária- presentes nos participantes do estudo

Ao analisar o impacto dos atributos essenciais e derivados na atual conjuntura na Atenção Básica de Fortaleza, região metropolitana e interior do estado (embora com pouca representatividade), depara-se com uma preocupante realidade. De acordo com a visão das mães/cuidadores das crianças hospitalizadas, a Atenção Primária passa por um período de transição, a qual tem refletido de forma negativa na saúde infantil.

São dois os atributos essenciais da Atenção Primária considerados nesta pesquisa, a Integralidade e a Coordenação. Segundo Starfield (2002) no que se refere ao atributo integralidade da atenção, a sua relevância é estabelecida por se constituir em um leque de serviços disponíveis e prestados na atenção primária, de modo a proporcionar todos os cuidados de atenção à saúde. Nesse sentido, para o cuidado da criança na abordagem da integralidade, torna-se essencial a interação entre os serviços de saúde, da atenção básica à especializada, com apoio diagnóstico e terapêutico, como também nos níveis de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011). Ressalta-se,

ainda, a promoção de ações voltadas à prevenção de agravos e assistência em intercorrências para melhoria da qualidade de vida da criança, contribuindo para que esta tenha condições para desenvolver todo o seu potencial (FURTADO, 2010).

Para Starfiled (2002), a coordenação é um estado de harmonia fruto de um esforço em comum. Para tanto, tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento e necessidades atuais. Para uma melhor coordenação, é necessário que o sistema de saúde conheça o papel e responsabilidade da atenção primária, secundária e terciária, bem como trabalhe com o vínculo entre elas. Também é importante que os serviços, em cada nível de atenção, sejam organizados para atender às necessidades dos seus usuários.

A Atenção Primária à Saúde funciona como coordenadora da rede e, dessa forma, objetiva a atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis e com responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população. As redes de atenção à saúde funcionam de forma cooperativa e interdependente, intercambiando constantemente seus recursos (MENDES, 2010).

No que tange o componente integração de cuidados, este busca identificar a associação das ações promovidas no âmbito da APS às atividades desempenhadas nos serviços de atendimento especializado ou de apoio diagnóstico e terapêutico. (INOCÊNCIO, 2014) O atributo Coordenação- Integração de cuidados (E) obteve escore de (4,08), tal valor longe do ideal para esse atributo sugere a existência de um sistema de integração de cuidados inadequado, mostrando que os profissionais da APS atuam individualmente, diferente dos resultados encontrado em outro estudo. Para Sala *et al.* (2011), o resultado satisfatório encontrado em seu estudo revela que a APS segue no sentido de alcançar estágios ideais para o atributo coordenação na atenção à saúde da criança. Propondo um sistema de referência e contrarreferência estruturado, com fluxos definidos, o que conduz à resolutividade, pois nem todas as necessidades da criança podem ser atendidas no âmbito da Atenção Primária.

Mendes (2010) caracteriza os sistemas fragmentados de atenção à saúde como aqueles que se organizam por pontos de atenção à saúde isolados e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Assim, a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde não se comunicam, fazendo com que a primeira não consiga exercitar seu papel de coordenação do cuidado.

O item Coordenação – Sistema de Informação, encontrou relevância significativa quando associada a idade das mães/cuidadores das crianças hospitalizadas. Provavelmente em

virtude da sua pouca idade e a falta de conhecimento quanto a importância que dos prontuários e uso dos registros de saúde da criança durante a consulta. Pois o escore geral (5,86) que este atributo adquiriu, sugere-se que os profissionais e usuários não possuem adequado acesso aos registros de atendimentos em prontuários, condição significativa para a realização de um bom acompanhamento de usuários e famílias pelos serviços de saúde. A inacessibilidade dos registros contribui para a falta de seguimento de tratamentos e desconhecimento por parte dos profissionais da situação de saúde das crianças em consultas anteriores, podendo ocasionar agravos na saúde dessa população (PAULA *et al.*, 2015).

A utilização do prontuário familiar auxilia na concretização de vários objetivos da ESF. Além de possibilitar o registro das informações em saúde de todos os membros da família, é um importante instrumento para a integração da equipe. Nele, todos os profissionais encontram espaço para pontuar a evolução de sua assistência e assim também permite que observem as contribuições das outras categorias no processo. É uma ferramenta que possibilita observar que não há predomínio no saber de um profissional. Todos compartilham suas impressões, importante para que se consiga atender à complexidade da atenção à saúde da família (CARNEIRO, 2014).

O mesmo autor ainda traz uma reflexão que a utilização de prontuários na atenção básica, quer seja familiar ou individual, deve considerar a visão ampliada de seu processo de trabalho. Portanto, precisam ser contemplados todos os elementos necessários para o estabelecimento de um plano de atuação que não seja voltado apenas para as ações curativas, mas que forneça elementos importantes para uma atuação em promoção da saúde e prevenção de doenças.

O atributo Coordenação, nas suas duas apresentações (Integração de cuidados e Sistema de informação) encontrou associação significativa com a procedência e a quantidade de pessoas que compartilhavam residência. Como visto anteriormente o maior número de usuários foram encontrados nas regionais mais pobres da capital, demonstrando que nestas localidades o sistema de coordenação da atenção primária têm-se apresentado satisfatória na visão do usuário, embora seja um problema o grande número de pessoas dividindo o mesmo ambiente, muitas vezes sem aumentar a renda da família.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciou-se que na última década houve uma diminuição no número de pessoas que moram no mesmo domicílio, passando de uma média de 3,79 para 3,34. Na região Nordeste, a média é de 3,5. No censo de 2010, Fortaleza apresentou uma média de 3,44. Embora a população tenha crescido, o instituto destaca que o número de domicílios no Brasil também aumentou. No entanto, de

acordo com o presente estudo, ainda permanece grande o número de famílias com muitos membros na mesma residência, apresentando uma média acima da média geral da região.(PORTAL BRASIL, 2010).

O atributo Integralidade está dividido em dois elementos, integralidade – serviços disponíveis e integralidade – serviços prestados. Observaram-se baixos valores de escores para ambos, (4,95 e 4,30, respectivamente), através desses resultados pode-se identificar que a população não tem acesso a serviços e orientações básicas, demonstrando a necessidade de mudanças em vários âmbitos, profissional, estrutural, político, entre outros.

Existem condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica, que envolvem estruturas políticas, institucionais, físicas e gerencias, com destaque à insuficiência de recursos, à quantidade insatisfatória de insumos, em especial, medicamentos, assim como à inadequação na estrutura física das unidades, além de características profissionais e pessoais dos trabalhadores de saúde, incluindo o perfil, o processo de trabalho e valores que estes escolhem para desenvolver as práticas de cuidado. (SOUSA, ERDMANN E MOCHEL; 2011).

Silva e Francolli (2016), encontraram em seu estudo que o segundo atributo de maior valor para os usuários é a integralidade, atrás apenas da longitudinalidade. Quando os serviços são muito reduzidos, as doenças preveníveis podem não ser evitadas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco, aumentando os índices de mortalidade.

Quando visto em associação com os dados sócio-demográficos das mães/cuidadores, o atributo Integralidade encontrou relevância com o período de amamentação exclusiva, a permanência na puericultura, com até qual idade frequentaram a puericultura e o com qual profissional eram mais atendidas nas consultas de rotina.

Tais assuntos estão correlacionados e demonstram uma associação positiva do atributo Integralidade com algumas destas questões de forma pontual. Uma importante orientação abordada pelo profissional nas consultas de puericultura é referente ao aleitamento materno exclusivo, onde este deve ser estimulado desde o pré-natal, tendo seguimento nas consultas e nas visitas domiciliares. Essas medidas são necessárias para favorecer a continuidade da amamentação, justificando sua importância e demonstrando sua influência positiva no gráfico de crescimento da criança, porém através desse estudo podemos perceber a adesão inadequada do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, pois apenas metade das cuidadoras seguiram essa recomendação, podendo contribuir para a maior frequência de adoecimento dessas crianças. (OLIVEIRA,2013)

Brasil (2009) afirma que há possibilidade de haver prejuízos à saúde da criança quando a alimentação complementar é introduzida antes dos seis meses, pois a inserção precoce de outros alimentos está associada ao aumento de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno e menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco.

No presente estudo o profissional que foi mais citado como quem realiza as consultas de puericultura na Atenção Primária, foram os profissionais enfermeiros, diferindo de estudo semelhante realizado na região sul do país, onde o profissional médico foi o mais citado (ARAÚJO, 2014). A integração da família no cuidado à saúde da criança, assim como, a integração dos serviços de saúde e seus profissionais no cuidado da família amplia a relação entre os sujeitos, remodelando o enfoque da assistência à saúde.

A orientação familiar implica em considerar a família como o sujeito da atenção. A centralidade do cuidado está voltada ao conhecimento da equipe interdisciplinar e dos membros da família sobre seus problemas de saúde. A orientação comunitária pressupõe o conhecimento das características de saúde na comunidade, dos recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades, pois estes fornecem uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias (STARFIELD, 2002).

Na atenção à saúde da criança, os atributos de orientação familiar e comunitária devem estar presentes, pois fortalecem o vínculo com o serviço de saúde, refletindo na extensão dos demais atributos, tornando a atenção à saúde infantil mais efetiva (ARAÚJO, 2014).

O atributo derivado orientação familiar encontrou associação favorável com a renda familiar, embora como escore geral não tenha sido satisfatório. No presente estudo, como já abordado anteriormente a média da renda das famílias ouvidas era de apenas um salário mínimo. É importante que o profissional de saúde sabendo da realidade econômica do grupo com o qual trabalha, direcione suas orientações para atender da melhor maneira possível todas as demandas desta família.

Os grupos sociais com diferentes condições econômicas podem ser representados pelo espaço geográfico-social onde residem, uma vez que este caracteriza uma instância da sociedade, contendo as várias dimensões da estrutura social, como a econômica, a política e a ideológica. As áreas com piores condições de vida encontram-se isoladas social e geograficamente, contribuindo para a formação de importantes barreiras para o cuidado efetivo

da saúde, como falhas de acesso aos serviços básicos, a exemplo do transporte, que dificultam a busca por atenção à saúde (ANTUNES *et al.*, 2013)

Loureiro (2013) destaca que as taxas de hospitalização por doenças infecciosas são desigualmente distribuídas nos diferentes segmentos sociais e regiões do país, afetando, principalmente, as crianças que pertencem às famílias de menor poder aquisitivo, devido a menor facilidade de acesso aos serviços de saúde e do retardo na procura por atendimento adequado, o que favorece o agravamento do quadro e a consequente internação. O que se comprova neste estudo quando observados o número de crianças internadas oriundas das regionais com IDH mais baixo em Fortaleza.

A orientação comunitária também apresentou escores insatisfatórios, revelando que os profissionais não conhecem as doenças prevalentes e as condições de saúde da comunidade onde a criança está inserida, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Melo (2015), refere que esse resultado insatisfatório revela que os profissionais ainda não estão dando a devida importância referente ao conhecimento da situação social, aspecto que interfere na identificação de necessidades e demandas de saúde dos indivíduos, em especial das crianças, faixa etária mais vulnerável.

Alencar *et al.* (2014), realizaram uma pesquisa no município de São Luís (MA), que avaliou o atributo orientação comunitária através da percepção dos usuários. Os resultados também apontaram uma avaliação negativa. Evidenciando que os princípios básicos da APS, os quais devem ter como foco prioritário a família dentro das singularidades do ambiente em que está inserida, não estão sendo seguidos em sua totalidade.

Furtado *et al.*, (2013) consideram que a incorporação dos profissionais de saúde na comunidade, não apenas fortalece laços, mas também possibilita que estes conheçam os determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso, porque o contato dos profissionais de saúde com a população propicia espaço para que cada indivíduo seja acolhido e escutado na sua singularidade, o que contribui para restaurar a autonomia da pessoa que demanda atenção à saúde e, conseqüentemente, a disseminação do conhecimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos serviços de saúde utilizados por crianças até 5 anos, internadas por condições sensíveis à atenção primária, utilizando um instrumento validado, permitiu identificar a extensão dos atributos Integralidade, Coordenação, Orientação familiar e Comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de APS sob a ótica dos cuidadores. Todos os atributos aqui analisados apresentaram baixos escores, tal avaliação aponta fragilidades nos serviços e insatisfação dos usuários.

Esta pesquisa reforça que o desenvolvimento de estudos avaliativos de forma a melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde deve ser incentivado. O cenário nacional já ensaia a institucionalização de práticas como essas, estando a Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como iniciativas federais impulsionadoras.

Apesar da alta cobertura da ESF no município investigado, constata-se que nem todas as ações de saúde preconizadas pela APS estão sendo percebidas pelos cuidadores, no que se refere à assistência integral à saúde criança. Portanto, faz-se necessário o aprimoramento de serviços e ações que caracterizam a coordenação e a integralidade, voltados ao cuidado infantil, de modo que usuário, a partir de então, apreenda sua existência..

Faz-se necessário um trabalho que busque fortalecer a comunicação entre os diferentes pontos da rede de saúde. Aos usuários, deveria se possibilitar o transitar pelos serviços e profissionais disponíveis sem prejudicar a continuidade de sua assistência, num sistema de referência e contrarreferência funcional.

Os resultados, ainda, oportunizam a retomada da força de cada um dos atributos avaliados. Na busca pelo cuidado qualificado à criança na Atenção Primária, é preciso que sejam disponibilizados tanto assistência com o mesmo profissional ao longo do tempo, quanto serviços diversificados e que ofereçam atendimento à saúde dessa clientela.

A pesquisa apontou a efetiva participação do profissional enfermeiro, como o profissional mais reconhecido diante da comunidade assistida pela Atenção primária. No desempenho da consulta de puericultura, permite ao enfermeiro uma aproximação efetiva com os envolvidos no cuidado desta. Na continuidade dessa relação entre cuidador e enfermagem, torna-se possível o estabelecimento de um diálogo aberto. A partir daí, se inicia o conhecimento da criança enquanto indivíduo, não sendo foco do atendimento somente a queixa, a doença, o que permite transcender o cuidado para além do aspecto biológico.

Aos gestores e aos profissionais de saúde que atuam diretamente com a criança, cabe a sensibilização sobre as prioridades dentro de suas agendas, como também o planejamento e a implementação de ações efetivas que estejam dentro das necessidades de saúde da população infantil.

Salienta-se, contudo, que os resultados ora apresentados devem ser interpretados com algumas limitações, pois apontaram somente a visão dos usuários, sendo necessário conhecer também a visão dos profissionais que atuam na APS. Isso implica que a avaliação à saúde da criança na APS precisa ser complementada por estudos que ofereçam a oportunidade para dar voz e permitir a reflexão também dos profissionais de saúde que atuam junto à criança e que, de perto, vivenciam o cotidiano do trabalho na ESF com suas potencialidades e/ou dificuldades.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 6, p. 1000-7, Nov/Dez. 2014.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, Abr/Jun. 2015.

AMBROSINI VA, CARRARO E. Impacto da vacinação contra rotavírus no Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2012;45(4): 411-18

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, abr-jun, 2015.

ARAÚJO, T.M.E. et al. Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1039-1046, 2010.

BASTABLE, S. **O Enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

BHUTTA; ZA, DAS; JK, RIZVI; A, GAFFEY; MF, WALKER;N, HORTON; S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? **Lancet**,2013;382(9890):452-77.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**.3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde (BR).Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde da atenção básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde;2013

_____.Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância epidemiológica**. 7ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____.Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma-2012**. J Bras Pneumol. 2012; 38(sup 1):S1-S46.

_____.**Plano Nacional pela primeira infância-2010**. [Internet] [citado em 2016 Ago]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/>

_____.Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (SPI). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação**. Brasília: Ipea/MP/SPI; 2014.

_____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0784-X.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS [home page na internet]**. Brasília: **Ministério da Saúde; 2015b**. **Informações de Saúde: Gestantes 10 a 19a**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em: 2016 setembro 16.

BÜHLER, H.F. et al. Indicadores integrados de saúde e ambiente no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1921-1934, set., 2014.

BUHLER, HF; IGNOTTI, E; NEVES, SMAS; HACON, SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.10, pp.4131-4140. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09282014>.

CALDEIRA; A.P, FERNANDES; V.B.L, FONSECA; W.P ,FARIA; A.A. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71 jan./mar., 2011.

CAMPOS; R.M.C, RIBEIRO CA, SILVA CV, SAPAROLLI ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.3, Jun. 2011.

CAMPOS, R. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP** v.45, n. 3, São Paulo, Jun. 2011

CAMAROTTI CM, NAKANO AMS, PEREIRA CR, MEDEIROS CP, MONTEIRO JCS . Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes . **Acta Paul Enferm** 2011;24(1):55-60.

CESAR ACG et al.Associação entre exposição ao material particulado e internações por doenças respiratórias em crianças. **Rev Saúde Pública** 2013;47(6):1209-12

CHOMATAS; E, VIGO; A, MARTY; I, HAUSER; L, HARZHEIM; E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n.29, p. 294-303, out/dez, 2013.

CARMO; G.M.I.D, YEN;C., CORTES;J., SIQUEIRA; A.A, OLIVEIRA; W.K.D, CORTEZ-ESCALANTE; J.J, LOPMAN; B, FLANNERY; B, OLIVEIRA; L.H.D, CARMO; E. H.Decline in Diarrhea Mortality and Admissions after Routine Childhood Rotavirus Immunization in Brazil: A Time-Series Analysis. **Manish Patel LoS Medicine** www.plosmedicine.org 1 April 2011, Volume 8, Issue 4, e1001024.

CURNS; A.T, STEINER; C.A, BARRETT; M, HUNTER; K, WILSON; E, PARASHAR; U.D. Reduction in acute gastroenteritis hospitalizations among US children after introduction of rotavirus vaccine: analysis of hospital. Discharge data from 18 US States. **J Infect Dis**. 1;201(11):1617-24, Jun. 2010.

CARNEIRO, M. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. *Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários*. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 279-295, OUT 2014.

- FERREIRA; J.B.B, BORGES; M.J.G, SANTOS; L.L.S, FOSTER; A.C.F. Internações por condições sensíveis à atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1,p 45-56, jan-mar 2014.
- FURTADO, MCC; BRAZ,JC, PINA JC, MELLO DF, LIMA, RGA. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária.**Rev.Latino-Am.Enfermagem[Internet]**. Mar-abr.2013.
- GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolution of socioeconomic inequalities in infant and child mortality in Brazil, 1993-2002. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3717-3728, 2011.
- GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-513, 2012.
- GUSMÃO AM et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11):3357-3368, 2013
- GRANDO, IM et al. Impacto da vacina pneumocócica conjugada 10-valente na meningite pneumocócica em crianças com até dois anos de idade no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2015, vol.31, n.2, pp.276-284. ISSN 1678-4464.
- GRANZOTTO, J. A. *et al.* Características sociodemográficas maternas e perfil das crianças internadas em um hospital do sul do Brasil. **Rev. Enferm. UFSM**. v. 4, n.1, p. 97-104, Jan./Mar. 2014.
- GRIFFIN MR, ZHU Y, MOORE MR, WHITNEY CG, GRIJALVA CG. U.S. hospitalizations for pneumonia after a decade of pneumococcal vaccination. **N Engl J Med** 2013; 369(2):155-163.
- From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (**GINA**) 2014. [Internet]. [citado em 2016 Ago]. Disponível em: <http://www.ginasthma.org/>.
- HATISUKA MF, ARRUDA GO, FERNANDES CA, MARCON SS.Análise da tendência das taxas de internações por pneumonia bacteriana em crianças e adolescentes.**Acta Paul Enferm.** 2015; 28(4):294-300
- HARZHEIM; E, OLIVEIRA; M.M.C, AGOSTINHO; M.R, HAUSER; L, STEIN; A.T, GONÇALVES; M.R et al. Validação do PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, Out/Dez, 2013.
- HIGUCHI; C.H, FUJIMORI; E, CURSINO; E.G, CHIESA; A.M, VERÍSSIMO; M.D.L.Ó.R, MELLO; D.F. Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (aidpi) na prática de enfermeiros egressos da usp. **Rev gaúcha enferm.**, Porto Alegre (rs),; v. 32, n.2 p. 241-7, jun, 2011.

HULLEY; S. B. et al. **Delimitando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ICHIHARA, M. Y. T. **Internação por diarreia aguda em menores de 2 anos no Brasil: fatores de risco e efetividade da vacina oral monovalente contra rotavirus humano**. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva; Universidade Federal da Bahia, 2014.

INOCÊNCIO, P. R. **Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado Acadêmico) Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara>>. Acesso em: 20 setembro 2016.

IBGE diz que número de pessoas que moram no mesmo domicílio caiu. **Portal Brasil**, 27 setembro 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/09/ibge-diz-que-numero-de-pessoas-que-moram-no-mesmo-domicilio-caiu>> Acesso em: 20 setembro 2016.

JOVENTINO; E.S, SILVA; S.F, ROGERIO; R.F, FREITAS; G.L, XIMENES; L.B, MOURA; E.R.F. Comportamento da diarreia infantil antes e após consumo de água pluvial em município do semi-árido brasileiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.4, p. 691-9, Out-Dez; 2010.

KUPEK E, VIEIRA ILV. O impacto da vacina pneumocócica PCV10 na redução da mortalidade por pneumonia em crianças menores de um ano em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(3):e00131414, mar, 2016

LEITE; M.S, ANDRADE; A.D.S.A, LIMA; L.M.D.D. AIDPI: Conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju-SE. **Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.4, p. 481-490, out./dez., 2011.

LIMA; G.G.T, SILVA; M.F.O.C, COSTA; T.N.A, NEVES; A.F.G.B, DANTAS; R.A.D, LIMA; A.R.S.O. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 3, p. 117-124, jul./set., 2009.

LIMA, S. C. D. *et al.* Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Fundam. Care. Online**. v. 5, n. 3, p. 194-202, Jul./Set. 2013
Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2163/pdf_836>.
Acesso em: 02 de dezembro de 2016.

LOUREIRO, C. R. N. P. **Perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das crianças internadas em Hospital Universitário em Belém-Pará**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane; Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia Belém, 2013

- MACINKO; J, GUANAIS; F.C, SOUZA; M.D.E.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **J Epidemiol Community Health.** v. 60 n. 1, p. 13-19, 2006.
- MARTÍ,SG, COLANTONIO,L, BARDACH, A, GALANTE, J, LOPEZ, A, CAPORALE, J. Et al. A cost-effectiveness analysis of a 10-valent pneumococcal conjugate vaccine in children in six Latin American countries. **Cost Eff Resour Alloc.**, 11 (2013), p. 21
- MARQUES, C. D. C. *et al.* O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. **Cienc Cuid Saude.** v. 13, n. 3, p. 541-548. Jul/Set. 2014
- NOVAES HM, SARTORI AM, SOÁREZ PC. Hospitalization rates for pneumococcal disease in Brazil, 2004---2006. **Rev Saude Publica.** 2011;45:539---47.
- OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66. 2013.
- OLIVEIRA; V.B.C.A, VERÍSSIMO; M.L.Ó.R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP.** v. 49, n.1, p.30-36, 2015.
- OLIVEIRA; V.C, VERÍSSIMO; M.L.Ó.R. A prática da longitudinalidade no atendimento à saúde da criança: comparação entre modelos assistenciais distintos. **Cogitare Enferm.** v.20, n. 1, p.45-52, Jan/Mar 2015.
- PAULA, F. A. *et al.* Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-814, Jul./Set. 2015.
- PAZ; M.G.A. et al. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Rev Bras Epidemiol**; v.15, n.1, p. 188-97, 2012.
- PINA; J.C, MELLO; D.F, MISHIMA; S.M, LUNARDELO; S.R. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n.2, p.142-8, 2009.
- PINA; J.C, MORAES; S.A, FURTADO; M.C.C, MELLO; D.F. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 23,n.3, p.512-9, maio-jun. 2015.
- PINTO; MB, ANDRADE, AG; LIMA, ÉAR; ANDRADE, LDF, ; SANTOS, NCCB. Conhecimento da família acerca da asma em pré- escolares: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 128-138, 2015.
- QUELUZ MC, PEREIRA MJB, SANTOS CB, LEITE AM, RICCO RG . Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(3):537-43.
- REICHERT APS et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1):119-127, 2016.

RIBEIRO; L.C.C et al. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2316-2322, dez., 2010.

RODRIGUEZ L, CERVANTES E, ORTIZ R. Malnutrition and Gastrointestinal and Respiratory Infections in Children: A Public Health Problem. **Int J Environ Res Public Health** 2011;8(4):1174-205.

SALVADOR; P.T.C.O. et al. A rotavirose e a vacina oral de rotavírus humano no cenário brasileiro: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p. 567-574, 2011

SILVA SR, et al. Impact of the pneumococcal 10-valent vaccine on reducing hospitalization for community-acquired pneumonia in children. **Rev Paul Pediatr**. 2016.

SILVA, SR; MELLO, LM, SILVA, AS, NUNES, AA. Impact of the pneumococcal 10-valent vaccine on reducing hospitalization for community-acquired pneumonia in children. **Revista Paulista de Pediatria (English Edition)**, Available online 4 July 2016.

SMITH KR, MCCracken JP, WEBER MW, HUBBARD A, JENNY A, THOMPSON LM, et al. Effect of reduction in household air pollution on childhood pneumonia in Guatemala (RESPIRE): a randomised controlled trial. **Lancet**. 2011;378(9804):1717-26.

SANTOS FS, SANTOS LH, SALDAN PC, SANTOS FCS, LEITE AM, MELLO DF. Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças Cadastradas na estratégia saúde da família. **Texto contexto enferm**, 2016; 25(1):e0220015

SANTOS FS, SANTOS LH, SALDAN PC, SANTOS FCS, LEITE AM, MELLO DF. Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças cadastradas na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(1):e0220015.

SOUSA, G. R. S. *et al.* Perfil das crianças internadas com diarreia em hospital público. **Rev Enferm UFPI**. v. 2, n.2, p. 34-9. Abr./Jun. 2013.

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

STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

SUWANTIKA; AA, POSTMA; MJ, Effect of breastfeeding promotion interventions on cost-effectiveness of rotavirus immunization in Indonesia. **BMC Public Health**.2013;13:1106.

TAVARES, P.A. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 613-635, Dez. 2010.

THEODORATOU E, JOHNSON S, JHASS A, MADHI SA, CLARK A, BOSCHI-PINTO C, et al. The effect of Haemophilus influenzae type b and pneumococcal conjugate vaccines on

childhood pneumonia incidence, severe morbidity and mortality. **Int J Epidemiol.** 2010; 39 Suppl 1:i172-85

TRATA BRASIL. **Relatório do Saneamento Básico.** Disponível em <<http://www.tratabrasil.org.br/>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

TURCI; M.A, COSTA; M.F.F.L, Oliveira; V.B. **avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos.** Belo Horizonte, 2012.

UNICEF. **Diarrhoea:** Why children are still dying and what can be done. 2009.

VIEIRA; V.C.L, FERNANDES; C.A, DEDITTO; M.O, BERCINI; L.O.B, SCOCHI; M.J, MARCON; S.S. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro **Cogitare Enferm.**; v.17, n.1,p. 119-25, 2012 Jan/Mar.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Porque eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Rev Soc Bras Enferm.** v. 10, n. 2, p. 51-9. 2010.

World Health Organization (WHO), Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: measurement, Geneva:WHO; 2010

WOBUDEYA E, BACHOU H, KARAMAGI CK, KALYANGO JN, MUTEBI E, WAMANI H: Breastfeeding and the risk of rotavirus diarrhea in hospitalized infants in Uganda: a matched case control study. **BMC Pediatr.** 2011, 11 (17): 1-7.

YOSHIOKA CRM, MARTINEZ MB, BRANDILEONE MCC, RAGAZZI SB, GUERRA MLL, SANTOS SR. Análise das cepas de *Streptococcus pneumoniae* causadoras de pneumonia invasiva: sorotipos e sensibilidade aos microbianos. **J Pediatr (Rio J).** 2011 out; 87(1):70-5.

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES
(FOLHA 1/2)**

Sr.(a) Pais/responsável,

Eu _____ tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA POPULAÇÃO INFANTIL: DOENÇAS GASTROINTESTINAIS**, recebi do(a) Sr(a) _____ pesquisador(a) de campo as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades ou dúvidas os seguintes aspectos:

A pesquisa tem como objetivo avaliar os cuidados oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis no que se refere a atenção primária no município de Fortaleza, ou seja, como o atendimento que a criança recebeu na Estratégia de Saúde da Família/Posto de Saúde, influenciou sua internação atual.

O estudo está sendo realizada pelo Grupo de Pesquisa Puericultura-CEDEFAM/UFC pertencente ao Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará (DENF-UFC). Para participar você terá que responder um questionário que será conduzido pelos pesquisadores contendo cerca de 55 perguntas, com duração de 30 minutos.

Os resultados que se deseja alcançar ao final do estudo são os seguintes: conhecer o perfil sociodemográfico das crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária. O estudo será importante, pois subsidiará o sistema de saúde municipal com dados que promoveram reflexões, contribuindo para a melhoria das condições de vida das crianças nesta faixa etária.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido o(a) Sr.(a), a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma; ao participar da pesquisa, o(a) Sr.(a) ficará exposto a um risco/desconforto mínimo, na medida em que estaremos perguntando sobre assuntos da assistência primária de saúde.

Informo, ainda, que o(a) Sr.(a) tem direito de não participar, se assim desejar, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo; certifico que o(a) Sr.(a) não terá ônus de qualquer natureza; garanto-lhe o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas durante a pesquisa, sendo estas utilizadas como única finalidade de colaborar com a presente dissertação de mestrado bem como a divulgação em relatórios e revistas.

Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento. Ressalto ainda que a aplicação do questionário será realizada no momento em que o(a) Sr.(a) estiver disponível para tal atividade, não comprometendo assim a sua rotina.

Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com o(a) Sr.(a) e a outra com a pesquisadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES (FOLHA 2/2)

Em caso de dúvidas, entre em contato com a responsável pela pesquisa no endereço/telefone abaixo:

Nome: Fabiane do Amaral Gubert

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo Fortaleza, Ceará.

Contato: (85) 3366.8454.

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. Tel (85) 3366.8344

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, _____ anos, RG: _____ declaro que é de livre e espontânea vontade estar participando como voluntário da pesquisa “**Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis na população infantil: doenças gastrointestinais**” Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também da pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ___ de _____ de _____.

Nome do voluntário	Data	Assinatura
--------------------	------	------------

Nome do pesquisador	Data	Assinatura
---------------------	------	------------

Nome do profissional	Data	Assinatura
----------------------	------	------------

que aplicou o TCLE

Apêndice B- Termo de consentimento livre e esclarecido para os estudantes que irão coletar os dados

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESTUDANTES
QUE IRÃO COLETAR OS DADOS (FOLHA 1/2)

Sr.(a) Estudante,

Eu _____ tendo sido convidada a participar como voluntária na coleta de dados do estudo **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA POPULAÇÃO INFANTIL: DOENÇAS GASTROINTESTINAIS**, recebi do(a) Sr(a) _____ pesquisador(a) de campo as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades ou dúvidas os seguintes aspectos:

A pesquisa tem como objetivo avaliar os cuidados oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis no que se refere a atenção primária no município de Fortaleza, ou seja, como o atendimento que a criança recebeu na Estratégia de Saúde da Família/Posto de Saúde, influenciou sua internação atual.

O estudo está sendo realizada pelo Grupo de Pesquisa Puericultura-CEDEFAM/UFC pertencente ao Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará (DENF-UFC). Para participar você terá que aplicar um questionário contendo cerca de 55 perguntas, com duração de 30 minutos.

Os resultados que se deseja alcançar ao final do estudo são os seguintes: conhecer o perfil sociodemográfico das crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária. O estudo será importante, pois subsidiará o sistema de saúde municipal com dados que promoveram reflexões, contribuindo para a melhoria das condições de vida das crianças nesta faixa etária.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido o(a) Sr.(a), a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma; ao participar da pesquisa, o(a) Sr.(a) ficará exposto a um risco/desconforto mínimo, na medida em que estaremos perguntando sobre assuntos da assistência primária de saúde.

Informo, ainda, que o(a) Sr.(a) tem direito de não participar, se assim desejar, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo; certifico que o(a) Sr.(a) não terá ônus de qualquer natureza; garanto-lhe o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas durante a pesquisa, sendo estas utilizadas como única finalidade de colaborar com a presente dissertação de mestrado bem como a divulgação em relatórios e revistas.

Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento. Ressalto ainda que a aplicação do questionário será realizada no momento em que o(a) Sr.(a) estiver disponível para tal atividade, não comprometendo assim as suas atividades.

Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com o(a) Sr.(a) e a outra com a pesquisadora.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESTUDANTES
QUE IRÃO COLETAR OS DADOS (FOLHA 2/2)**

Em caso de dúvidas, entre em contato com a responsável pela pesquisa no endereço/telefone abaixo:

Nome: Fabiane do Amaral Gubert

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo Fortaleza, Ceará.

Contato: (85) 3366.8454.

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. Tel (85) 3366.8344

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, _____ anos, RG: _____ declaro que é de livre e espontânea vontade estar participando como voluntário da coleta de dados da pesquisa **“Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis na população infantil: doenças gastrointestinais”** Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também da pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Nome do voluntário

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

Nome do profissional

Data

Assinatura

que aplicou o TCLE

Apêndice C- Termos de consentimento livre e esclarecido para enfermeiros que irão coletar os dados

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS QUE IRÃO COLETAR OS DADOS (FOLHA 1/2)

Sr.(a) Enfermeiro (a),

Eu _____ tendo sido convidada a participar como voluntária na coleta de dados do estudo **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA POPULAÇÃO INFANTIL: DOENÇAS GASTROINTESTINAIS**, recebi do(a) Sr(a) _____ pesquisador(a) de campo as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades ou dúvidas os seguintes aspectos:

A pesquisa tem como objetivo avaliar os cuidados oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis no que se refere a atenção primária no município de Fortaleza, ou seja, como o atendimento que a criança recebeu na Estratégia de Saúde da Família/Posto de Saúde, influenciou sua internação atual.

O estudo está sendo realizada pelo Grupo de Pesquisa Puericultura-CEDEFAM/UFC pertencente ao Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará (DENF-UFC). Para participar você terá que aplicar um questionário contendo cerca de 55 perguntas, com duração de 30 minutos.

Os resultados que se deseja alcançar ao final do estudo são os seguintes: conhecer o perfil sociodemográfico das crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária. O estudo será importante, pois subsidiará o sistema de saúde municipal com dados que promoveram reflexões, contribuindo para a melhoria das condições de vida das crianças nesta faixa etária.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido o(a) Sr.(a), a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma; ao participar da pesquisa, o(a) Sr.(a) ficará exposto a um risco/desconforto mínimo, na medida em que estaremos perguntando sobre assuntos da assistência primária de saúde.

Informo, ainda, que o(a) Sr.(a) tem direito de não participar, se assim desejar, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo; certifico que o(a) Sr.(a) não terá ônus de qualquer natureza; garanto-lhe o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas durante a pesquisa, sendo estas utilizadas como única finalidade de colaborar com a presente dissertação de mestrado bem como a divulgação em relatórios e revistas.

Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento. Ressalto ainda que a aplicação do questionário será realizada no momento em que o(a) Sr.(a) estiver disponível para tal atividade, não comprometendo assim as suas atividades.

Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com o(a) Sr.(a) e a outra com a pesquisadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
ENFERMEIROS QUE IRÃO COLETAR OS DADOS (FOLHA 2/2)

Em caso de dúvidas, entre em contato com a responsável pela pesquisa no endereço/telefone abaixo:

Nome: Fabiane do Amaral Gubert

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo Fortaleza, Ceará.

Contato: (85) 3366.8454.

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. Tel (85) 3366.8344

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, _____ anos, RG: _____
declaro que é de livre e espontânea vontade estar participando como voluntário da coleta de dados da pesquisa **“Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis na população infantil: doenças gastrointestinais”**
Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também da pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Nome do voluntário	Data	Assinatura
--------------------	------	------------

Nome do pesquisador	Data	Assinatura
---------------------	------	------------

Nome do profissional	Data	Assinatura
----------------------	------	------------

que aplicou o TCLE

Apêndice D – Questionário Sociodemográfico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROJETO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A
ÓTICA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA POPULAÇÃO
INFANTIL : DOENÇAS GASTROINTESTINAIS
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº _____

A. DADOS DEMOGRÁFICOS:

1. Nome da Mãe/Cuidador: _____

2. Idade (Mãe/Cuidador): _____

3. Endereço (bairro e Regional):

4. Quanto tempo mora neste endereço (A=anos; M=Meses)? _____

5. Escolaridade (será convertida em anos de estudo):

1. 1º grau incompleto, até ___ série 2. 1º grau completo 3. 2º grau incompleto, até ___ série

4. 2º grau completo 5. Graduação incompleta 6. Graduação completa 7. Nunca estudou

6. Estado civil: 1. Casada/ União consensual 2. Solteira /Divorciada/Viúva

7. Ocupação: 1. () Estudante 2. () Do lar 3. () Emprego Formal (Com carteira assinada) 4. ()

Emprego Informal (Sem carteira assinada) 5. () aposentado 6. () Outra

8. Quantas pessoas moram na residência? _____

9. Tem benefício do programa bolsa família?

1. () sim 2. () não

10. Renda familiar: _____

() menos de um salário mínimo () um salário mínimo () dois a quatro salários () mais de quatro salários

B. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E SANITÁRIAS:

11. Tipo de casa? 1. Taipa 2. Tábua 3. Tijolo com reboco 4. Mista 5. Tijolo sem reboco

12. Número de cômodos na casa?

1. () de 1 a 3 2. () de 3 a 5 3. () mais que 5

13. Qual o tipo de piso do domicílio? 1. Cerâmica 2. Cimento 3. Terra 4. Tábua

14. Qual o tipo de esgoto da casa?

1. Rede pública 2. Fossa séptica/asséptica 3. Céu aberto 4. Desconhecido 5. Outro.

Especificar: _____

C. SAÚDE DA CRIANÇA

15. Idade da Criança em anos e meses: _____/_____/_____

16. A criança possui alguma doença além do motivo da internação? 1. Sim. Especificar:

_____ 2. Não

17. A criança nasceu prematura? 1. Sim 2. Não

18. Você Amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?

1. Até 1 mês 3. Entre 1 e 2 meses 4. 2 a 4 meses 5. Até 6 meses

5. Outro. Especificar: _____

19. A criança frequenta a puericultura de rotina?

1. () sim 2. () não

20. Até quando a criança frequentou? Meses/anos

21. A criança frequenta creche/escola? 1. () sim 2. () não

22. Se sim, há quanto tempo?

D. QUESTÕES REFERENTES AS GASTROENTERITES:

1. A água que abastece a casa é proveniente de onde?

1. Rede pública/encanada 2. Bomba/Cisterna/Poço

3. Lagoa, riacho, rio/Açude 4. Carro-pipa

2. Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar? 1. Sim 2. Não 3. A criança só mama

3. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo?

1. Apenas ferve a água 2. Apenas filtra a água 3. Ferve e filtra a água

4. Trata com hipoclorito de sódio. Qual a diluição: _____

5. Coa através de um pano 6. Outro tratamento. Especificar: _____

4. Seu filho já apresentou algum episódio de diarreia? 1. Sim 2. Não

5. Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum posto de saúde? 1. Sim 2. Não

6. A criança alguma vez já foi internada em hospital devido à diarreia? 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

7. Você já ofereceu Soro de Reidratação Oral (SRO) para o seu filho? 1. Sim 2. Não

8. O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus? 1. Sim 2. Não

9. Se sim, quantas doses? _____

10. Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da diarreia? 1. Sim 2. Não

11. Quais as principais fontes de informação sobre a prevenção da diarreia?

1. Familiares 2. Enfermeiros 3. Médicos 4. Agentes comunitários de saúde 5. Televisão

6. Amigos e vizinhos 7. Rádio 8. Experiência pessoal 9. Palestras, cartazes nos serviços de saúde

10. Outros. Especifique: _____

E. QUESTÕES REFERENTES AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS:

- 23. Diagnóstico da internação atual:** 1. () pneumonia 2. () asma
- 24. A criança teve algum problema respiratório ao nascer ou nos primeiros meses de vida?**
1. Sim 2. Não
- 25. Se sim, especificar:**
- 26. A residência localiza-se próxima a avenidas com trânsito intenso?** 1. Sim 2. Não
- 27. Na casa existe algum animal doméstico?**
1. Sim 2. Não
- 28. A casa é arejada?**
1. Sim 2. Não
- 29. Na higiene da casa, costuma-se utilizar produtos com odores?**
1. Sim 2. Não
- 30. No local onde a criança dorme é utilizado ventilador?**
1. Sim 2. Não
- 31. Com que frequência o ventilador é limpo?**
1. () diariamente 2. () 2 ou 3 vezes na semana 3. () semanalmente 4. () mensalmente
5. () raramente 6. () nunca
- 32. Com que frequência troca-se as roupas de cama da criança?**
1. () 2 ou 3 vezes na semana 2. () semanalmente
3. () mensalmente 4. () raramente
- 33. A casa apresenta mofo nas paredes ou paredes úmidas?**
1. Sim 2. Não
- 34. O cartão de vacina encontra-se atualizado?**
1. Sim 2. Não
- 35. A criança recebeu quantas doses da vacina contra influenza?** _____
- 36. A criança recebeu quantas doses da pneumocócica 10-valente?** _____
- 37. Algum membro que reside com a criança é fumante?**
1. Sim 2. Não
- 38. A sua criança tem uma receita orientando o que fazer em caso de crise de cansaço, chiado, respiração rápida, falta de ar?**
1. Sim 2. Não
- 39. Costuma usar remédios para o problema de saúde da criança sem orientação profissional?**
1. Sim 2. Não
- 40. Seu filho participa do proaica (programa de atenção integrada à criança com asma)? Caso diagnóstico de asma.**
1. () sim 2. () não
- 41. Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da pneumonia/asma?**
1. Sim 2. Não
- 42. Quais as principais fontes de informação sobre a prevenção da pneumonia/asma?**
1. Familiares 2. Enfermeiros 3. Médicos 4. Agentes comunitários de saúde 5. Televisão
6. Amigos e vizinhos 7. Rádio 8. Palestras, cartazes nos serviços de saúde 9. Internet e/ou redes sociais
10. Outros. Especifique: _____

ANEXO A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança

Descrição do Instrumento

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

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3)
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Longitudinalidade (D). Constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3).
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9).
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5).
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2 e I3).
10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

Os itens do componente “Primeiro Contato - Utilização” e do componente “Coordenação

- Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido a sua importância conceitual, esses itens foram mantidos no PCATool-Brasil versão Criança, assim como o item D1 do componente Longitudinalidade.

O PCATool-Brasil versão Criança deve ser aplicado aos pais das crianças ou cuidadores destas (como avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador que é o maior

responsável pelo cuidado à saúde da criança. A pergunta a seguir pode ser utilizada para identificar este cuidador: “Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde do(a).....(nome da criança)”?

O instrumento será aplicado por alunos da graduação de enfermagem e/ou enfermeiros, previamente capacitados a fim de ter total domínio no manejo e aplicação do instrumento. Será priorizado um local silencioso e de privacidade para aplicação do instrumento, garantindo um ambiente acolhedor para a mãe e/ ou responsável, para tal serão utilizadas as seguintes etapas:

Abordar o sujeito da pesquisa, que serão pais/cuidadores de crianças hospitalizadas com diagnósticos de doenças gastrointestinais em hospitais de referência de Fortaleza-Ce.

- 1) Apresentar-se como enfermeiro (ou estudante de enfermagem), explicar o objetivo da pesquisa e convidá-la a participar;
- 2) Solicitar que a participante do estudo assine duas vias do TCLE onde uma ficará com o participante do estudo e a outra com o responsável pela aplicação do questionário.
- 3) Depois de esclarecidos os propósitos e recolhidos os TCLE, terá início a coleta de dados.
- 4) Diga que a entrevista vai durar em torno de 40 minutos;
- 5) Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome;
- 6) Iniciar a entrevista pelo questionário sociodemográfico, seguido do instrumento *PCATool* versão criança;
- 7) Seja simpático. O instrumento é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa / avaliação será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade;
- 8) Formule os itens exatamente como estão escritos. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar o item. Use os parênteses para explicar o sentido do item. Não induza as respostas;
- 9) Se a resposta do entrevistado for “sim”, e ele tem que escolher a resposta entre as alternativas “Com certeza sim” e “Provavelmente sim”, leia apenas as respostas afirmativas e a opção neutra “Não sei/Não lembro”. Se, por outro lado, a resposta for “não”, leia apenas as opções negativas: “Provavelmente não” ou “Com certeza Não”, e a opção “Não sei/Não lembro”;
- 10) Se o entrevistado não entender o termo “provavelmente”, leia as respostas “provavelmente sim” como “Acho que sim” e “provavelmente não” como “Acho que não”;

- 11) Ao terminar o instrumento, ainda na casa do entrevistado ou no serviço de saúde, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido;
- 12) As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legíveis, sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma;
- 13) Nunca deixe uma resposta em branco, a não ser as dos “pulos” indicados no instrumento;
- 14) Ao término da aplicação do questionário, agradecer a participação do pai/cuidador.
- 15) Obs.: Evitar interferências durante o preenchimento do questionário; dúvidas devem ser tiradas se solicitadas pelo participante.

ANEXO B

Cálculos dos escores dos atributos de acordo com as instruções presentes do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment tool-pcatool*)

No instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são:

“com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou

seus componentes são calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada

atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

1º Passo. Inversão dos Valores

Os itens C2, C4, C5 e D10 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta)

atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9”

(“não sei / não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente

para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

Algoritmo:

- 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

Acesso de Primeiro Contato – O atributo é formado por 2 componentes.

Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B):

Itens = B1, B2 e B3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número

de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C):

Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6.

Os itens C2, C4 e C5 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após

inversão dos valores destes 3 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do

valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$$

Longitudinalidade (D):

Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14

O item D10 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão

dos valores de D10, o escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido

pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (D1+ D2+ D3+ D4+ D5+ D6+ D7+ D8+ D9+ D10 +D11 + D12 +D13 + D14) / 14$$

Coordenação – O atributo é formado por 2 componentes.

Coordenação - Integração de Cuidados (E):

Itens = E2, E3, E4, E5 e E6.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número

de itens para produzir um escore médio. O item E1 não deve entrar no cálculo do escore por se

tratar de um item descritivo.

$$\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6) / 5$$

Coordenação - Sistema de Informações (F):

Itens = F1, F2 e F3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número

de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$$

Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes.

Integralidade - Serviços Disponíveis (G):

Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número

de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$$

Integralidade - Serviços Prestados (H):

Itens: H1, H2, H3, H4 e H5

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número

de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5) / 5$$

Orientação Familiar (I):

Itens = I1, I2, I3

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de

itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$$

Orientação Comunitária (J):

Itens: J1, J2, J3, J4

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de

itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4) / 4$$

Transformação da Escala

Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 utilize a

seguinte fórmula:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo}).$$

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

3

Escore Essencial de APS

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos

atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.

Soma dos Componentes dos Atributos / número de componentes

$$(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes

essenciais (ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule

a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral de APS

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos

essenciais (mais Grau de Afiliação) somado aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.

Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados / número total

de componentes.

$$(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes

(ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcule a média

dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

ANEXO C

INSTRUMENTO DE COLETA- PCATool CRIANÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança

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

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5 - _____

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

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

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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

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

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

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

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

D - LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “médico/enfermeiro” que melhor conhece sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

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

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

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

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

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

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

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

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

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

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

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

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?					
J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que 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 D**CLASSIFICAÇÃO CID-10 DAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS-GASTROENTERITES.**

- As doenças gastrointestinais correspondem aos códigos A00- A09:
- **A00.0** Cólera devida a *Vibrio cholerae* 01, biótipo cholerae,
- A00.1** Cólera devida a *Vibrio cholerae* 01, biótipo El Tor,
- A00.9** Cólera não especificada;
- A02.0** Enterite por salmonela;
- A03.0** Shigelose devida a *Shigella dysenteriae*,
- A03.1** Shigelose devida a *Shigella flexneri*,
- A03.2** Shigelose devida a *Shigella boydii*;
- A03.3** Shigelose devida a *Shigella sonnei*,
- A03.8** Outras shigeloses,
- A03.9** Shigelose não especificada;
- A04.0** Infecção por *Escherichia coli* enteropatogênica,
- A04.1** Infecção por *Escherichia coli* enterotoxigênica,
- A04.2** Infecção por *Escherichia coli* enteroinvasiva,
- A04.3** Infecção por *Escherichia coli* enterohemorrágica,
- A04.4** Outras infecções intestinais por *Escherichia coli*,
- A04.5** Enterite por *Campylobacter*,
- A04.6** Enterite devida a *Yersinia enterocolítica*,
- A04.7** Enterocolite devida a *Clostridium difficile*,
- A04.8** Outras infecções bacterianas intestinais especificadas,
- A04.9** Infecção intestinal bacteriana não especificada,
- A05.0** Intoxicação alimentar estafilocócica,
- A05.1** Botulismo,
- A05.2** Intoxicação alimentar devida a *Clostridium perfringens* [*Clostridium welchii*],
- A05.3** Intoxicação alimentar devida a *Vibrio parahemolyticus*,
- A05.4** Intoxicação alimentar devida a *Bacillus cereus*,
- A05.8** Outras intoxicações alimentares bacterianas especificadas,
- A05.9** Intoxicação alimentar bacteriana não especificada,
- A06.1** Amebíase intestinal crônica,

- A06.2** Colite amebiana não-disentérica,
- A06.3** Ameboma intestinal,
- A06.0** Disenteria amebiana aguda,
- A06.1** Amebíase intestinal crônica,
- A06.2** Colite amebiana não-disentérica,
- A06.3** Ameboma intestinal,
- A07.0** Balantidíase,
- A07.1** Giardíase [lamblíase],
- A07.2** Criptosporidiose,
- A07.3** Isosporíase,
- A07.8** Outras doenças intestinais especificadas por protozoários,
- A07.9** Doença intestinal não especificada por protozoários,
- A08.0** Enterite por rotavírus,
- A08.1** Gastroenteropatia aguda pelo agente de Norwalk,
- A08.2** Enterite por adenovírus,
- A08.3** Outras enterites virais,
- A08.4** Infecção intestinal devida a vírus não especificado,
- A08.5** Outras infecções intestinais especificadas,
- A09** Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.

ANEXO E**CLASSIFICAÇÃO CID-10 DAS PNEUMONIAS E ASMA.**

J13- J139 Pneumonias Bacterianas

J14-J149 Pneumonias pneumocócica

J135-J154 Pneumonia por Haemophilus influenzae

J158-J159 Pneumonia por Streptococcus

J181 Pneumonia bacteriana NE

J45-J469. Asma