



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

**JÉSSICA LIMA BENEVIDES**

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CRIANÇAS  
INTERNADAS POR DOENÇAS EVITÁVEIS: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO E  
LONGITUDINALIDADE**

**FORTALEZA**

**2016**

JÉSSICA LIMA BENEVIDES

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CRIANÇAS  
INTERNADAS POR DOENÇAS EVITÁVEIS: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO E  
LONGITUDINALIDADE**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiane do Amaral Gubert.

FORTALEZA  
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

B413a Benevides, Jéssica Lima.

Análise dos atributos da atenção primária em crianças internadas por doenças evitáveis:  
acesso de primeiro contato e longitudinalidade. / Jéssica Lima Benevides. – 2017.  
106 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Atenção primária à saúde. 2. Cuidado da criança. 3. Hospitalização. I. Título.  
CDD 610.73

---

JÉSSICA LIMA BENEVIDES

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CRIANÇAS  
INTERNADAS POR DOENÇAS EVITÁVEIS: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO E  
LONGITUDINALIDADE**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fabiane do Amaral Gubert (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patricia Freire de Vasconcelos  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Cláudia Melo Dodt  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariana Cavalcante Martins  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

“Aos meus pais, Aldenor e Ana, que me guiaram e ampararam em toda a minha trajetória com muito amor e dedicação. Ao meu esposo, Fernando Henrique, que sempre acreditou no meu potencial e foi grande incentivador de todas as minhas conquistas. A minha filha, Mariana, que me mostrou um novo sentido na vida e me motivou a lutar com muito mais garra pelos meus sonhos.”

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por tê-la conservado até aqui plena em saúde e coragem. Além de me permitir alcançar tantas vitórias até chegar a mais esta.

Aos meus pais, por terem aberto mão de muitas coisas importantes nessa vida para priorizar a minha educação e de meu irmão. Agradeço por terem feito exatamente como fizeram. Tudo o que me tornei devo a vocês. Agradeço principalmente pelos últimos meses de luta constate ao nosso lado, cuidando tão amorosamente da Mariana para que eu pudesse continuar nessa trajetória.

Ao meu irmão, pela parceria constante, mesmo que muitas vezes em silêncio, eu sempre soube que poderia contar com você.

Ao meu esposo, por desde o primeiro momento sempre acreditar no meu potencial e me ajudar a conquistar os meus objetivos, principalmente os pessoais, me proporcionando ser mãe e construir uma nova família tão linda e abençoada.

À minha pequena gigante Mariana, minha filha amada, que me fez conhecer o maior amor do mundo e me proporcionou um novo sentido a vida. Pequena que se tornou minha fortaleza e ao mesmo tempo, minha maior fragilidade. Obrigada filha, pelas lições diárias de amor e força.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiane Gubert, ser humano lindo e profissional competantíssima. Mestre humilde e extremamente humana. Nossa parceria foi um grande presente. Obrigada por tudo.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Emanuella Joventino pelas contribuições na qualificação desta dissertação e aos membros da presente banca, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patricia Freire de Vasconcelos e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Cláudia Melo Dodt, pela valorosa colaboração.

Ao corpo de docentes do Departamento de Enfermagem, especialmente às Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariana Cavalcante e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Janaína Coutinho, por todo conhecimento compartilhado, assim como o carinho e a atenção.

À Universidade Federal do Ceará, por ser responsável por todas as etapas da minha formação profissional. Sinto-me orgulhosa e honrada por fazer parte desta casa. Bem como ao Programa

de Pós Graduação em Enfermagem, pelo acolhimento e aprendizado transformador, além da contribuição grandiosa para o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil e no mundo.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela concessão da bolsa que possibilitou a realização desta pesquisa.

À minha grandíssima parceira, Marcela. Que viveu aventuras muito parecidas com as minhas nesses dois anos. Que me provou que a gente consegue superar o insuperável e aumentou sempre a minha fé.

A todos os participantes do Projeto de extensão e pesquisa “Puericultura: cuidado à saúde da criança nos diversos cenários da atenção primária”, pela contribuição na coleta dos dados.

Às crianças internadas e seus cuidadores, pela oportunidade de aprendizado, pela disponibilidade e colaboração para o desenvolvimento da pesquisa.

E a todos que contribuíram e torceram de alguma forma nessa conquista.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Atenção Primária à Saúde (APS) trata-se dos serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Nesse sentido, foi proposto um conceito amplo e direcionado à presença e à extensão de atributos essenciais e derivados no serviço na atenção primária. Na saúde infantil identificam-se internações sensíveis a atenção primária, as quais são doenças evitáveis, tais como a pneumonia e diarreias. **OBJETIVO:** Conhecer os atributos da atenção primária acesso de primeiro contato e longitudinalidade oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária, pelo diagnóstico de diarreia, pneumonia e/ou asma no município de Fortaleza. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado em dois hospitais pediátricos. A população foi composta por crianças menores de cinco anos, de ambos os sexos, internadas por diagnóstico de diarreia, pneumonia e asma, que tenham recebido atendimento em unidades de saúde do interior ou capital nos últimos 12 meses. A coleta de dados foi realizada utilizando-se o *PCATool – Primary Care Assessment Tool* versão Criança, o qual afere a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em serviços de atenção à saúde infantil. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 120 cuidadores e 70% das internações deu-se por pneumonias. A média de idade dos entrevistados foi de, aproximadamente, 27 anos e em sua maioria eram as mães as respondentes. A maioria residia em bairros circunscritos nas SER V e VI de Fortaleza, 38 (31,7%). Em sua maioria possuíam benefício do programa social do governo federal, o Bolsa Família, 75 (62,5%). A renda familiar de grande parte dos lares foi de apenas um salário mínimo, 62 (51,7%). Ambos os atributos estudados apresentaram baixos escores, com exceção do componente Grau de Afiliação, sendo o único entre todos os componentes do instrumento avaliado de forma satisfatória ( $\geq 6,6$ ). Verifica-se que o atributo Longitudinalidade ( $>4,0$ ) teve menor escore em comparação ao Acesso de Primeiro Contato (5,6). **CONCLUSÃO:** Para as mães e/ou cuidadores de crianças menores de cinco anos internadas por pneumonia, diarreia e/ou asma, os atributos da APS Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade obtiveram escores insatisfatórios. O conhecimento dos aspectos que envolvem os atributos da Atenção Primária à Saúde e sua oferta para os cuidados da criança são de extrema importância, pois possuem potencial para fornecer subsídios aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Cuidado da criança. Hospitalização.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Primary Health Care (PHC) deals with the user's first contact with the health system. In this sense, a broad concept was proposed and directed to the presence and the extension of essential attributes and derivatives in the primary care service. In child health, hospitalizations that are sensitive to primary care are identified as preventable diseases such as pneumonia and diarrhea. **OBJECTIVE:** To know the attributes of primary care access to first contact and longitudinality offered to children under five years old hospitalized for conditions that are sensitive to primary care, for the diagnosis of diarrhea, pneumonia and / or asthma in the city of Fortaleza. **METHODS:** A cross-sectional, quantitative study, carried out in two pediatric hospitals. The population was composed of children under five years old, of both sexes, hospitalized for diagnosis of diarrhea, pneumonia and asthma, who had received care in the health or capital units in the last 12 months. Data collection was performed using the PCATool - Primary Care Assessment Tool Child version, which assesses the presence and extension of the essential attributes and derivatives of PHC in child health care services. **RESULTS:** 120 caregivers were interviewed and 70% of hospitalizations were due to pneumonia. The average age of the interviewees was approximately 27 years and the mothers were the respondents. The majority resided in circumscribed districts in SER V and VI of Fortaleza, 38 (31.7%). In the majority they had benefit of the social program of the federal government, Bolsa Família, 75 (62.5%). The family income of most households was only one minimum wage, 62 (51.7%). Both attributes had low scores, with the exception of the Affiliation Degree component, being the only one among all components of the instrument evaluated satisfactorily ( $\geq 6.6$ ). It was verified that the Longitudinality attribute ( $> 4.0$ ) had a lower score than First Contact Access (5,6). **CONCLUSION:** For mothers and / or caregivers of children under 5 years of age hospitalized for pneumonia, diarrhea and / or asthma, the attributes of APS First Contact Access and Longitudinality obtained unsatisfactory scores. Knowledge of the aspects that involve the attributes of Primary Health Care and its offer for the care of the child are extremely important, since they have the potential to provide subsidies to professionals and managers of the Unified Health System from a perspective of health services organization .

**Keywords:** Primary Health Care. Child Health. Hospitalization.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das secretarias executivas regionais de saúde do município de Fortaleza .....	34
Figura 2 – Diagrama dos componentes do <i>PCATool</i> incluídos no estudo .....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mães/cuidadores participantes do estudo .....	41
Tabela 2 – Características sociodemográficas e de saúde das crianças internadas por condições sensíveis à atenção primária .....	42
Tabela 3 – Características relacionadas às estratégias de prevenção das doenças evitáveis (Vacinação e orientação) segundo cuidadores .....	44
Tabela 4 – Escore médio dos atributos na ferramenta PCATools, escala métrica de 0 a 10 .....	45
Tabela 5 – Valores dos escores dos componentes por questão do instrumento <i>PCATool</i> .....	46
Tabela 6 – Resultado da comparação dos componentes A (Grau de Afiliação), B (Utilização), C (Acessibilidade) e D (Longitudinalidade) dividido por cada variável sociodemográfica da mãe/cuidador .....	48
Tabela 7 – Resultado da comparação dos componentes A (Grau de Afiliação), B (Utilização), C (Acessibilidade) e D (Longitudinalidade) dividido por cada variável sociodemográfica da criança .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
IRA	Infecção Respiratória Aguda
PROAICA	Programa de Atenção Integrada à Criança com Asma
MI	Índice Mortalidade Infantil
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
NV	Nascidos vivos
RN	Recém nascido
AIS	Ações Integradas de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CID	Classificação Internacional
SER	Secretaria Executiva Regional
IMC	Índice de Massa Corpórea
AIDIP	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1	Contextualizando o objeto de estudo.....	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
2.1	Objetivo Geral .....	21
2.2	Objetivos Específicos .....	21
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
3.1	<b>Doenças evitáveis na infância e as Condições Sensíveis à Atenção Primária: Impacto nas taxas de mortalidade</b> .....	22
3.2	<b>Atenção Primária e a Saúde da Criança</b> .....	26
3.3	<b>Atributos da Atenção Primária e o <i>Primary Care Assessment Tool</i> (PCAtool)</b> .....	30
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
4.1	Tipo de estudo .....	34
4.2	Local de estudo .....	34
4.3	População e Amostra .....	36
4.4	Instrumento e procedimento para coleta de dados .....	37
4.5	Organização e análise de dados .....	39
4.6	Aspectos Éticos .....	40
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
5.1	Caracterizando a amostra de usuários entrevistados .....	41
5.2	<b>Atributos da Atenção Primária à Saúde Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade: exposição dos escores presentes nos participantes do estudo</b> .....	44
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>51</b>
6.1	Variáveis sociodemográficas dos cuidadores e crianças participantes do estudo	51
6.2	<b>Avaliação dos Atributos Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade</b> .....	57
6.2.1	<b>Acesso de Primeiro Contato</b> .....	57
6.2.2	<b>Longitudinalidade</b> .....	60
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>

<b>APÊNDICES A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENFERMEIROS QUE COLETARAM OS DADOS .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE D – Questionário Sociodemográfico .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE E – Procedimento Operacional Padrão (POP) .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO CID-10 DAS DOENÇAS GASTROINTESTINA</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO CID-10 DAS PNEUMONIAS E ASMA .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOD – PCATool BRASIL – VERSÃO CRIANÇA .....</b>	<b>95</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualizando o objeto de estudo

Entende-se como Atenção Primária à Saúde (APS) um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas. Tal modalidade de atenção é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde. A qual se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas (BRASIL, 2012a).

Sendo assim, a APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Sendo, preferencialmente, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso e direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro nível. A APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil a APS, desde a década de 1990, tem valorizado as ações de caráter preventivo, as quais têm sido incentivadas pelo Ministério da Saúde (MS) com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde.

Efetivamente a APS se consolida a partir da formulação do Programa Saúde da Família (PSF) o qual se consolidou com a Portaria do Ministério da Saúde nº 692/93. Em 1997 foi chamado de estratégia, dando à APS um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema. (BRASIL, 1997).

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS), editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria Ministerial n. 648/GM, mediante a qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. (BRASIL, 2012). Países com serviços de Atenção Básica de qualidade apresentam maior qualidade nos cuidados primários, reduzindo custos aos cofres públicos. Além da redução da probabilidade de encaminhamentos para serviços especializados, os quais são excessivamente caros e potencialmente perigosos (STARFIELD, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Assim a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população (OPAS, 2005).

Nesse sentido, a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações decorrentes de vários problemas de saúde, principalmente aqueles por causas evitáveis. Dentre as atividades exercidas e de responsabilidade da atenção primária estão a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, cujos cuidados assistenciais primários, se exercidos adequadamente, implicariam em redução de internações hospitalares decorrentes destes fatores (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Com o propósito de compreender as diretrizes da APS, Starfield (2002) propôs um conceito amplo e direcionado à presença e à extensão de atributos essenciais e derivados no serviço. Como atributos essenciais têm-se: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação. Já atributos derivados são: orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar no cuidado prestado; orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais (STARFIELD, 2002).

Neste estudo, como parte de uma pesquisa maior na área de saúde da criança, foram aprofundados os atributos “Acesso de Primeiro Contato” e “Longitudinalidade”. Entende-se o primeiro como a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema. Já o segundo pressupõe a existência de uma forma regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema (STARFIELD, 2002).



Para avaliação do primeiro contato na Atenção Básica, principalmente relacionado ao cuidado à saúde da criança, é importante investigar se as famílias consideram que exista um serviço de saúde ou mesmo um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, que seja considerado por elas como referência para buscar cuidados em saúde ou orientações. No entanto, em alguns municípios brasileiros a APS não está sendo praticada como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo a unidade de emergência a orientadora do fluxo no sistema. O que representa problemas para as crianças, que têm atenção à saúde apenas para sua demanda espontânea numa situação de crise, regulada por um conjunto de normas organizativas que muitas vezes impedem o acesso (OLIVEIRA, et al., 2012).

A longitudinalidade remete ao vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção (longitudinalidade pessoal), cujas características compreendem: o alcance do entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional esta interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles (STARFIELD, 2002). Além disso, a presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Estudos que identificam a longitudinalidade de cuidados tem verificado boa experiência dos cuidadores com as ações derivadas desse atributo como verificado no estudo de Braz et al. (2013); e revelam que a falta de acolhimento pode gerar um ambiente de desconfiança para o cuidado, dificultando a longitudinalidade (Silva et al. 2013) e soma-se o fato de famílias com crianças com necessidades de cuidados respiratórios na busca do caminho terapêutico não foram contempladas pelos atributos acesso de primeiro contato e a longitudinalidade do cuidado, dificultando a resolução de seus problemas de saúde (OLIVEIRA et al.,2012).

Os estudos citados anteriormente revelam que identificar os atributos da atenção primaria que podem influenciar negativamente na saúde da criança é essencial para rompermos com as desigualdades, pois no âmbito da atenção infantil do país, consideráveis avanços têm sido observados nos indicadores de saúde nas últimas décadas, os quais refletem tendências positivas e equitativas nos determinantes de saúde dessa população. Especificamente, para a redução da mortalidade infantil, a ESF teve um papel importante. (GARCIA; SANTANA, 2011)

No entanto, o nível da mortalidade ainda é elevado. Por esta razão, muita ênfase tem sido dada às políticas, programas e ações que contribuem para a redução da mortalidade na infância. A meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi plenamente alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Logo, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, como as pneumonias e diarreias, faz parte da realidade social e sanitária de nosso País (BRASIL, 2012b).

Dentre os agravos que tem atuado diretamente na saúde da criança, principalmente aquelas entre zero e cinco anos, destacam-se as pneumonias e diarreias, as quais continuam a serem as principais causas de morte em crianças. Juntas, estas doenças são responsáveis por 29% de todas as mortes de crianças com menos de cinco anos de idade e resultam na perda de dois milhões de jovens vidas por ano em todo mundo. As soluções para combater a pneumonia e diarreia não exigem grandes avanços na tecnologia, mas necessitam de esforços e de intervenções efetivas que superem as desigualdades. As crianças estão morrendo porque os serviços são fornecidos de forma fragmentada e os grupos de risco não estão sendo atingidos (WHO, 2013).

Cabe destacar que estas doenças têm sido associadas a baixos níveis socioeconômicos e estão estreitamente associadas a fatores como ambientes domésticos pobres, desnutrição e falta de acesso a serviços essenciais. Assim estes desfechos negativos podem ser evitáveis por meio de incentivo ao aleitamento materno e nutrição adequada, vacinação, lavagem das mãos, acesso à água potável e saneamento básico, entre outras medidas (WHO, 2013).

No curso desse tipo de doença, os óbitos são evitáveis através de tratamentos custoefetivos que salvam vidas, como antibióticos para pneumonia e de sais de reidratação oral para a diarreia bacteriana. Uma abordagem integrada para combater estes dois vilões é essencial, pois muitas intervenções para pneumonia e diarreia são idênticas e podem salvar vidas de inúmeras crianças quando oferecidas de forma coordenada (UNICEF, 2012).

Porém, o uso de intervenções eficazes continua a ser demasiadamente baixo. Por exemplo, apenas 39% das crianças com menos de seis meses são amamentadas exclusivamente, ao passo que apenas 60% das crianças com suspeita de pneumonia recebem cuidados adequados. Além disso, apenas 31% das crianças com suspeita de pneumonia em todo mundo recebem antibióticos e apenas 35% das crianças com diarreia recebem a terapia de reidratação oral (WHO, 2013).

No nordeste brasileiro, nesse grupo etário, numerosos óbitos tem sua causa básica mal definida (até 49% em alguns estados). Em 2001, segundo as AIH, foram gastos aproximadamente 655 milhões de reais com internações e óbitos na rede pública e conveniada do SUS em menores de cinco anos. A maior causa de despesas com hospitalizações foi devido às infecções respiratórias agudas (IRA), que representaram 41,5% do total (BRASIL, 2002b).

Já em Fortaleza, cenário do estudo, de acordo com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), no ano de 2013, as estatísticas revelam que os casos de pneumonias, asma e gastroenterites foram responsáveis por aproximadamente 78% das internações por condições sensíveis a atenção primária em menores de cinco anos. Sendo 32,2% para a primeira, 25,7% para a segunda e 20,2% para a terceira doença, respectivamente.

Para avaliar o desempenho da rede da assistência, são utilizados indicadores de saúde que possibilitam identificar características de difícil verificação direta. Sendo assim, no intuito de avaliar a assistência à saúde prestada, foi proposto um indicador indireto da qualidade da atenção primária, conhecido no Brasil como internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) (CARDOSO *et al.*, 2013).

Seguindo a tendência de outros países como a Espanha, no Brasil, o MS desenvolveu, a partir de consultas com especialistas, a primeira relação brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, lançada em 2008, por meio da Portaria nº 221, de 17 abril de 2008 (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014).

As ICSAP representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas. Diversos estudos apontam que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Um dos primeiros estudos brasileiros sobre internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária evidenciou como principal causa as pneumonias, seguida das infecções de pele, tecido subcutâneo e as gastroenterites (CALDEIRA *et al.*, 2011). Outros estudos nacionais que registram principais causas de internações em crianças apontam as doenças do aparelho respiratório como as principais implicadas, com destaque para as pneumonias e asma (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014), além disso, estudo realizado no

Paraná entre os anos de 2000 e 2011 evidenciou que, neste grupo populacional, as principais causas de hospitalizações sensíveis foram pneumonia, gastroenterite e asma (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2014).

Diante do exposto e da importância de avaliar a presença e a extensão desses atributos essenciais e derivados da APS e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, destaca-se no cenário brasileiro o instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool)*, devido ao seu reconhecimento, aceitação e validação em vários países como Estados Unidos, Espanha incluindo o Brasil, onde é validado em versões adulto, criança e profissionais (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Esse instrumento produz escores para cada atributo, possibilitando a avaliação de cada um deles separadamente, bem como um escore geral, mensurando o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde (BRASIL, 2010b). A partir do *PCATool-Brasil*, as avaliações dos atributos da APS se operacionalizam e ganham rigor científico ao permitirem identificar aspectos de estrutura e processo de serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto no planejamento como para a execução das ações de APS (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

O *PCATool* é amplamente utilizado no Brasil, inclusive por enfermeiros, conforme estudos de Lima *et al.* (2016) e Pelegrini (2013), pois entende-se que ele permite identificar fragilidades ou potencialidades no âmbito da APS. Salienta-se que a atuação do enfermeiro na APS possui múltiplas faces seja no cuidado direto, gerenciamento de serviços, monitoramento e supervisão de ação dos diversos serviços de saúde.

Além disso, a experiência enquanto enfermeira com residência em terapia intensiva aguçou a curiosidade em entender como se dava o caminho da população dentro da RAS. Assim, na perspectiva de que o enfermeiro é um profissional que possui uma visão ampliada dos diferentes níveis assistenciais, incluindo a ESF e seus programas, principalmente da Puericultura é possível identificar na prática situações de saúde que possam influenciar negativamente nas diversas dimensões da Atenção a Saúde da Criança. Portanto, torna-se cada vez mais necessário o envolvimento do enfermeiro com os métodos de avaliação da APS e a utilização de instrumentos de avaliação e sua aplicação, os quais não influenciam somente na melhoria do cuidado clínico em si, mas nas ações de educação em saúde produzidas a essa população.

No que se refere ao âmbito da Saúde da Criança na Atenção Básica, o enfermeiro tem como uma de suas atribuições específicas realizar consultas de Puericultura, conforme o

preconizado no Caderno de Atenção Básica número 33, as quais englobam um conjunto de medidas capazes de orientar a promoção da saúde e do bem-estar, bem como possibilitar a resolução de problemas que afetam o processo de desenvolvimento da criança; realizar a aferição da pressão arterial dos escolares e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado; Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos; Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o Índice de Massa Corpórea (IMC) das crianças. Sendo ainda responsáveis pelas atribuições comuns a todos os profissionais da APS e as que lhes são conferidas pela PNAB. Com isso, os enfermeiros tem a oportunidade de atuar de maneira mais próxima à comunidade, contribuindo para prevenção e resolubilidade das doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2012b).

Entende-se que ao se apropriar do contexto de avaliação atrelado aos seus instrumentos, existe a possibilidade do acesso a percepções dos usuários do serviço, dos profissionais, dos gestores, aos modelos de atenção utilizados, às práticas de cuidado individual, coletivo e de gestão em saúde que vem sendo implementados na APS nacional e internacionalmente dentre outros (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Neste cenário emergem as seguintes questões norteadoras: Os atributos essenciais da atenção primária acesso de primeiro contato e longitudinalidade vêm sendo contemplados junto às crianças internadas por condições sensíveis a atenção primária: doenças respiratórias e diarreicas em Fortaleza? Quais fatores sociodemográficos e de saúde das crianças estão relacionados aos escores oriundos destes atributos?

Sendo assim, este estudo propõe uma reflexão aos enfermeiros e demais profissionais integrantes da equipe multidisciplinar das ESF a respeito do reconhecimento e avaliação do impacto de suas ações em relação ao acesso e longitudinalidade da atenção, como fator determinante para prevenção de internações sensíveis a atenção primária na infância, principalmente as pneumonias e diarreias, contribuindo para a redução destas duas principais causas evitáveis de morte nas crianças. Além de promover conhecimento para o direcionamento das ações de educação em saúde que possam influenciar positivamente este contexto. Assim como, sinalizar, oportunamente, para os gestores municipais a importância de se aplicar investimentos políticos, financeiros e de recursos humanos na Atenção Primária à Saúde, impactando diretamente na redução de custos e na melhoria da qualidade da saúde de nossa população, através do aprimoramento dos atributos de acesso de primeiro contato e longitudinalidade.

## **OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

- Conhecer os atributos da atenção primária acesso de primeiro contato e longitudinalidade oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), pelo diagnóstico de diarreia, pneumonia e/ou asma em Fortaleza.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores e de saúde das crianças menores de cinco anos, internadas pelo diagnóstico de diarreia, pneumonia e asma e de outras variáveis que podem influenciar a ocorrência das ICSAP no município de Fortaleza;
- Verificar possíveis deficiências nos atributos da APS selecionados oferecidas a essas crianças que possam ter contribuído para o desfecho ICSAP;

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Doenças evitáveis na infância e as Condições Sensíveis à Atenção Primária: Impacto nas taxas de mortalidade**

De acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 2014, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos países. O principal indicador da meta A é a taxa de mortalidade entre crianças menores de cinco anos, que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 e, de acordo com as tendências atuais, é possível que em 2015 seja alcançado um resultado superior à meta estabelecida para este ODM. O Brasil também já atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de um ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015.

No entanto, o nível da mortalidade ainda é elevado. Por esta razão, muita ênfase tem sido dada às políticas, programas e ações que contribuem para a redução da mortalidade na infância. A meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças menores de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Logo, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária de nosso País (BRASIL, 2012b).

Na perspectiva de superar as diversas dificuldades percebidas, os gestores do SUS formularam, em 2006, o Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Uma das prioridades do Pacto pela Vida trata de reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias (BRASIL, 2006a).

Nos menores de cinco anos, as principais causas de mortalidade incluem as afecções perinatais, as infecções respiratórias, as doenças diarreicas e a desnutrição. Vale ressaltar que, nesse grupo etário, numerosos óbitos ficam com a sua causa básica mal definida (até 49% em alguns estados do Nordeste). Baseado nas Autorizações de Internações Hospitalares, os gastos efetuados com internações e óbitos ocorridos na rede pública e conveniada do SUS, em menores de cinco anos, no ano de 2001 representou um gasto total de R\$ 656.515.002,98. A maior causa de despesas com hospitalizações foi devido às infecções respiratórias agudas (IRA), que representaram 41,5% do total (BRASIL, 2002).

Com o intuito de capacitar os profissionais que atendem crianças nos serviços de atenção básica no Brasil, o MS instituiu cursos de capacitação em *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância* (AIDPI), a qual tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância. Esta abordagem de atenção à saúde na infância caracteriza-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida (BRASIL, 2002).

No âmbito da Saúde da Criança na Atenção Básica, o enfermeiro tem como uma de suas atribuições a realização de consultas de puericultura conforme o preconizado no Caderno de Atenção Básica número 33. Com isso, os enfermeiros possuem a oportunidade de atuar de maneira mais próxima à comunidade, contribuindo para prevenção e resolubilidade das doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2012b).

Para avaliar o desempenho da rede da assistência, são utilizados indicadores de saúde que possibilitam identificar características de difícil verificação direta. Sendo assim, no intuito de avaliar a assistência à saúde prestada, foi proposto um indicador indireto da qualidade da atenção primária, conhecido no Brasil como internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) (CARDOSO *et al.*, 2013).

As ICSAP representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas. Diversos estudos apontam que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados



problemas de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O uso das ICSAP como indicador do acesso e qualidade da atenção primária foi inicialmente estudado nos Estados Unidos, a partir da década de 1990, e posteriormente em outros países, como Espanha, Austrália e Canadá. No Brasil, investigações sobre tais internações são ainda incipientes, embora elas sejam cogitadas para estratégias de monitoramento do desempenho da ESF em alguns estados e municípios, entre eles Minas Gerais, Ceará e Curitiba (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014).

Seguindo a tendência de outros países como a Espanha, no Brasil, o MS desenvolveu, a partir de consultas com especialistas, a primeira relação brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, lançada em 2008, por meio da Portaria nº 221, de 17 abril de 2008 (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014).

Assim como para gestores, mas, sobretudo, para os pesquisadores nessa área, é fundamental o aprofundamento dos problemas ligados às principais patologias da lista de ICSAP, como as pneumonias, gastroenterites e doenças cardiovasculares (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014).

Apesar de as ICSAP apresentarem altas taxas em alguns estados e/ou municípios isolados, as taxas deste indicador tendem a estabilização e redução nas diferentes regiões brasileiras. Porém, merece destaque e alerta dos gestores da APS, nos diferentes estados brasileiros, os altos índices de ICSAP em crianças menores de cinco anos e idosos. Esses grupos etários apresentaram-se muito carentes de assistência preventiva, acarretando altas taxas de internação (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos constatou que as principais causas evitáveis de internação foram pneumonias, infecções da pele, gastroenterites e asma (FLORES *et al.* 2003). Estudos nacionais sobre fatores de risco para hospitalizações em crianças já registraram que os principais diagnósticos foram as pneumonias e as gastroenterites, consideradas causas evitáveis de internações. Mais recentemente, outros autores destacaram a manutenção das doenças respiratórias na infância como importantes causas de hospitalização em menores de quatro anos, mesmo com o decréscimo das internações por pneumonias nos últimos anos. Quando se considera todo o país, as doenças infecciosas e parasitárias assumem a segunda colocação logo após as doenças do aparelho respiratório, seguindo-se as algumas afecções originadas no período perinatal e as doenças do aparelho digestivo (CALDEIRA *et al.*, 2011; CAETANO; PUCCINI; PERES, 2002).

Neste sentido, sendo a asma uma das doenças crônicas mais prevalentes na infância, a Prefeitura Municipal de Fortaleza, em parceria com a Universidade Federal do Ceará, implementou, em 1996, o Programa de Atenção Integrada à Criança com Asma (PROAICA). O PROAICA atendia, inicialmente, crianças de até catorze anos que tiveram no mínimo três crises asmáticas em menos de um ano ou um episódio considerado muito violento, porém a partir de 2013, passou a incluir adultos em seu atendimento em todas as Unidades de Atendimento da Cidade. A população atendida pelo programa possui um calendário permanente de acompanhamento pelo PROAICA, sendo, inicialmente, mensal, com posterior redução da frequência conforme se observem melhorias no quadro clínico das crianças. (FORTALEZA, 2009; FORTALEZA, 2015).

De acordo com o preconizado pelo referido Programa, médicos e enfermeiros orientam as famílias sobre a asma, seu tratamento, a necessidade do controle ambiental e alimentar, além de como se deve proceder em caso de crise. Portanto, percebe-se que o objetivo do PROAICA abrange a disseminação de informações às famílias que convivem com este agravo (SILVA *et al*, 2011).

Diante disso, estudo realizado no Paraná constatou que as principais causas de hospitalizações sensíveis em crianças menores de cinco anos foram pneumonia, gastroenterite e asma. A maior proporção das hospitalizações sensíveis ocorreu em crianças de um a quatro anos, o que reforça a necessidade de se implementar ações de educação permanente para as equipes ESF, no sentido de buscar uma assistência resolutiva, segundo os preceitos das políticas de atenção à criança e de vigilância à saúde (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS; 2015).

No Ceará, a acumulação de acometimentos presentes na lista tais como “algumas doenças infecciosas e parasitárias”, “doenças endócrinas nutricionais e metabólicas”, “doenças do aparelho respiratório” e “doenças da pele e do tecido subcutâneo” representaram 23,8% das morbidades causadoras de internações, em dezembro de 2008 no estado e 21,05% do total destas internações transcorreram na Região Metropolitana de Fortaleza-RMF (AMARAL FILHO *et al.*, 2010).

Doenças como diarreia, pneumonia e asma constituem um importante problema de saúde pública. Segundo o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), 20.943 crianças menores de um cinco foram internadas por Condições Sensíveis a Atenção Primária, em 2013, no Ceará; dessas, 38% com diagnóstico de diarreia, 22,2% com pneumonia e 13,9% por asma.

Neste sentido, tais implicações mostram que a proporção de internações pediátricas consideradas evitáveis a partir da lista oficial do MS foi semelhante àquela observada em estudos realizados em outros países. Apesar da existência de diferentes listas de condições sensíveis em diferentes países, o agrupamento de causas que geralmente levam à hospitalização de crianças é universal (CALDEIRA *et al.*, 2011).

### **3.2 Atenção Primária e a Saúde da Criança**

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, a qual lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000 e aprovou a Declaração de Alma-Ata. Neste documento a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação (OMS, 1978).

A Conferência de Alma-Ata contribuiu para a formulação do conceito atual de promoção da saúde, além de ter fornecido bases para a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, do qual se originou a Carta de Ottawa. Este documento reforça o conceito ampliado de saúde e seus determinantes para além do setor saúde, englobando conjuntamente as condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais. Além de introduzir o conceito contemporâneo de promoção da saúde, definido como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (ARANTES *et al.*, 2008; BRASIL, 2006b).

No Brasil, a Reforma Sanitária foi contemporânea à reestruturação da política social, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. Durante esse período vários programas foram criados sustentados nos preceitos da atenção primária. Como o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), proposta de organização de serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo. Assim como outros programas de atenção primária direcionados a grupos específicos, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), lançados paralelamente ao processo de implantação das AIS, entre 1984 e 1987, como parte da estratégia para consolidar a rede de serviços básicos de saúde. Eles

serviram de modelo para os demais programas de atenção integral criados posteriormente, voltados a grupos de risco: idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As bases legais para a organização do SUS foram fixadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Sendo responsáveis por notórias conquistas sociais juntamente com as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990. Tais avanços contribuíram intensamente para as transformações no modelo de saúde brasileiro, inclusive no que concerne à saúde da criança. Esse conjunto de ações proporcionou um declínio importante da mortalidade infantil, pois nesta época (1990) os índices alcançaram 47,7/1000 NV), contudo, ainda existia um longo caminho a percorrer (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; ARAÚJO *et al.*, 2014).

Na década de 1990, as ações de caráter preventivo foram incentivadas pelo Ministério da Saúde (MS) com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde. A formulação do PSF se consolidou com a Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Posteriormente, em 1997, a Saúde da Família foi explicitada como estratégia, dando à APS um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, o MS adotou, em 1994, a ESF para reorientar o SUS e expandir a APS. Estudos apontam evidências sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

Sendo assim, a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações decorrentes de vários dos problemas de saúde. Dentre as atividades exercidas e de responsabilidade da atenção primária estão a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, cujos cuidados assistenciais primários, se exercidos adequadamente, implicariam em redução de internações hospitalares decorrentes destes fatores (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No âmbito internacional, nota-se que o aumento da cobertura da ESF está associado à redução da mortalidade infantil e à maior promoção da equidade (MACINKO, STARFIELD, ERINOSHO, 2009). Evidências como estas condizem com os resultados de

pesquisas nacionais, as quais indicam também maior qualidade da atenção pré-natal, da puericultura, da oferta de utilização dos serviços de saúde, embora em um cenário de baixa efetividade em todo sistema público de saúde (CHOMATAS *et al.*, 2013).

Todo o movimento internacional e nacional de promoção da saúde teve influencia no Brasil, nos programas voltados a Saúde da Criança, os quais foram inicialmente implantados associados à Saúde da Mulher, com o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil implantado na década de 1970. Porém não se observaram grandes mudanças nos índices de Mortalidade Infantil (MI) nessa época, pois se contabilizava 113/1000 nascidos vivos (NV). A partir de 1984, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil, especificamente no que se refere à sua sobrevivência. Foi criado com o objetivo de promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Além disso, observa-se que durante muitos anos as crianças foram tratadas de forma semelhante aos adultos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. Tal fase da vida não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares. Entretanto, no decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Na atualidade buscando romper com essa visão reducionista da criança, políticas como a Rede Cegonha, que trata de um pacote de ações voltadas a garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, tem influenciado nos indicadores gerais na infância. O trabalho busca oferecer, através do SUS, assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, vale a pena citar o cenário de mudanças que vem se delineando no país colocando a APS como eixo estruturante de um sistema das redes de atenção à saúde (RASs), que trata-se de uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. As propostas de RASs

são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011).

Este marco na organização do sistema de saúde no Brasil convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público (MENDES, 2011).

A partir do exposto, percebem-se avanços significativos nos indicadores de saúde infantil observados no Brasil nas últimas décadas e melhoria das políticas de saúde refletem tendências positivas e equitativas nos determinantes da saúde infantil que resultam do crescimento econômico em geral e de políticas públicas orientadas para a equidade. Especificamente, para a mortalidade infantil, a ESF teve um papel importante, devendo ser reconhecida, hoje, como uma real política de sucesso, advinda da criação do SUS, sistema no qual uma mudança expressiva se traduz no foco dado a uma APS integral, gratuita, com financiamento público, muito próxima aos termos da Declaração de Alma-Ata (OPAS, 2011).

Estudo realizado ao longo das últimas décadas, em 27 estados brasileiros, com o objetivo de avaliar o impacto da ESF nas taxas de mortalidade infantil no período de 1990 a 2002 evidenciou que em 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 ESF aumentou de zero para 36% da população. Um aumento de 10% na cobertura do ESF 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; MARINHO DE SOUZA, 2006).

A situação epidemiológica da mortalidade infantil no Ceará acompanha o contexto nacional, de redução progressiva, destacando-se, no entanto, a mobilização continuada e ações de governo, que têm tratado a questão como uma prioridade. A evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e seus componentes, no Estado do Ceará, entre 1997 e 2013, mostra uma redução de 57% no período analisado, passando de 31,6 em 1997 para 13,7 óbitos por mil nascidos vivos, no ano de 2013.

### 3.3 Atributos da Atenção Primária e o *Primary Care Assessment Tool (PCAtool)*

Com o propósito de compreender as diretrizes da APS, Starfield (2002) propôs um conceito amplo e direcionado à presença e à extensão de atributos essenciais e derivados no serviço. Como atributos essenciais têm-se: acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma forma regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde; coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002). O estudo aqui apresentado refere-se aos dois primeiros atributos expostos anteriormente.

O acesso primeiro contato definido como porta de entrada se refere à identificação de determinado serviço como o primeiro recurso utilizado pela população quando há uma necessidade de saúde. Pressupõe que o sistema de saúde esteja organizado a partir do serviço de menor densidade tecnológica e que este seja de fácil acesso à comunidade adscrita. Este atributo possui um componente de desempenho (utilização ou acesso) e outro de estrutura (acessibilidade). A utilização ou acesso refere-se à forma como as pessoas percebem a acessibilidade e o uso oportuno dos serviços para alcançar melhores resultados em saúde, não sendo restrito apenas à entrada ao serviço. Considera os aspectos sociais, culturais, econômicos e psicológicos que afetam a decisão de procura pelo serviço. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem ao serviço de saúde, integrando aspectos geográficos, financeiros e organizacionais, de modo a favorecer a oferta de serviços, bem como a capacidade de produzir e responder às necessidades da população. O alcance de bons escores para este atributo estão relacionados a redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar, de tempo para a resolução do problema de saúde, de encaminhamentos desnecessários a especialistas e de custos totais. Resultando no uso eficiente de recursos, na atenção apropriada às necessidades e em melhores resultados em saúde (STARFIELD, 2002).

Porém, observa-se que a maioria dos atendimentos realizados as crianças se dá por meio das consultas médicas em que o acesso ao cuidado em saúde da criança é priorizado em situações agudas de doenças, ou seja, o foco desse cuidado acaba sendo a doença, as queixas e a respectiva intervenção para a cura, o que retrata um cuidado em saúde medicocentrado, que supervaloriza os aspectos biológicos dos indivíduos e utiliza como instrumentos

desse cuidado tecnologias duras e leve-duras, o que acaba por não alcançar as necessidades de saúde da criança de forma integral (FINKLER et al., 2014).

A longitudinalidade apresenta vários benefícios no sistema de saúde, diminuindo a utilização dos serviços, com o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários; permite uma melhor promoção da saúde e atenção preventiva eficaz, com diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, e conseqüentemente, uma maior satisfação dos usuários. Este atributo promove, ao longo do tempo, uma relação de confiança entre profissional e paciente, criando um ambiente mais confortável para os usuários exporem seus problemas e atender as recomendações. Do mesmo modo, quando o profissional de saúde possui um conhecimento acumulado sobre o paciente, o seu trabalho torna-se mais fácil, visto que chega-se rapidamente à avaliação do problema (STARFIEL, 2002).

Neste sentido, o SUS, qualificado como sistema universal de saúde, organizado a partir das bases da APS, provoca a necessidade de realização de avaliações destes atributos. A avaliação tem-se constituído como uma área com muitos conceitos e ampla diversidade metodológica, os quais se transformam e se moldam a determinados setores sociais e a variados contextos históricos (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

No Brasil, as avaliações em saúde têm se consolidado, na medida em que as reformas e as ações na saúde passam a exigir maiores competências gerenciais, articulações e produção de informação. Nesse panorama de demandas por resultados, monitoramentos e avaliações, tornou-se necessário instituir a avaliação com o propósito fundamental de dar amparo aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas, reorientar ações e serviços, avaliar a incorporação de novas práticas e aferir o impacto das ações implementadas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, com o objetivo de provocar mudanças nas práticas de gestores e profissionais da Atenção Básica foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB por meio da Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (BRASIL, 2011b).

Com uma lógica fortemente vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, do cuidado e de gestão do cuidado, o programa identificou um conjunto de elementos que deveriam ser objeto de análise e de intervenção, tanto por parte de gestores quanto de



profissionais. Sendo entendido por como um revelador da nova PNAB, capaz de expor elementos essenciais dessa política, assim como compreender a dinâmica de atores e a construção de novas agendas (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Para avaliar a presença e a extensão desses atributos essenciais e derivados da APS e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, destaca-se no cenário brasileiro como instrumento mais utilizado o *Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool)*, devido ao seu reconhecimento, aceitação e validação em vários países como Estados Unidos, Espanha incluindo o Brasil, onde é validado em versões adulto, criança e profissionais (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Esse instrumento produz escores para cada atributo, possibilitando a avaliação de cada um deles separadamente, bem como um escore geral, mensurando o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde (BRASIL, 2010b). A partir do *PCATool-Brasil*, as avaliações dos atributos da APS se operacionalizam e ganham rigor científico ao permitirem identificar aspectos de estrutura e processo de serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto no planejamento como para a execução das ações de APS (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

Alguns municípios brasileiros, como Porto Alegre e São Paulo, tiveram seus sistemas de saúde avaliados através do *PCA-Tool* com objetivos diversos: avaliar isoladamente os serviços de saúde da criança e do adulto, comparar diferentes serviços da cidade, além de populações de estudo também diversas, sejam usuários ou profissionais de saúde (FRACOLLI *et al.*, 2014).

No Ceará, cenário deste estudo, o *PCATool* já foi aplicado tendo em vista avaliar a coordenação do sistema de saúde exercida pela atenção primária utilizando o *PCATool* com profissionais de saúde na cidade de Sobral e evidenciou que há deficiência na contrarreferência para a atenção primária, além da necessidade de um trabalho que busque fortalecer a comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde. O trabalho em questão sugere ainda a necessidade de incentivar outros estudos avaliativos de forma a melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (CARNEIRO *et al.*, 2014). No entanto, poucos estudos têm sido realizados abordando os atributos da atenção primária, principalmente com enfoque na saúde da criança.

Abordar especificamente alguns problemas de saúde que são responsáveis por um grande contingente de internações permite avaliar os efeitos da atenção primária à saúde sobre determinadas situações, direcionando as intervenções que possam qualificar o cuidado neste

nível de atenção (MOURA *et al.*, 2010). Além disso, análise bibliográfica sobre a temática demonstrou predomínio de publicações advindas de autores, instituições e periódicos das regiões Sul e Sudeste, sugerindo que as demais regiões do Brasil ainda convivem com as limitações impostas pelas diferenças regionais e sociais para o desenvolvimento de ensino e pesquisa no País (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

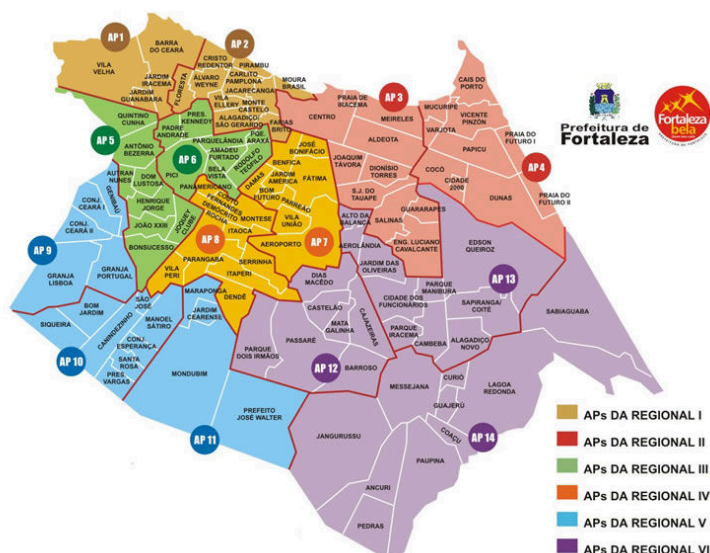
Foi realizado um estudo transversal, de abordagem quantitativa. Nos estudos transversais todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo, sem período de seguimento. São úteis quando se quer descrever variáveis e seu padrão de distribuição (HULLEY *et al.*, 2015).

A abordagem do estudo é quantitativa, pois a objetividade da pesquisa que foi trazida pelos dados obtidos dos questionários nos possibilitou a mensuração de variáveis pré-estabelecidas e ainda permitiu verificar e explicar a influência dessas variáveis sobre outras variáveis, por meio de análises e correlações estatísticas (LAKATOS; MARCONI, 2010).

### **4.2 Local do estudo**

O município de Fortaleza localizado no litoral norte do estado Ceará possui uma área territorial de 314,930 km<sup>2</sup> será contexto deste estudo. Capital do estado e quarta maior cidade do país, Fortaleza tem uma população 2 452 185 habitantes estimados pelo IBGE em 2010, sendo 135 498 crianças na faixa etária até cinco anos.

Fortaleza é dividida em seis Secretarias Executivas Regionais de Saúde (SER) - posteriormente, foi criada a da região do centro comercial de Fortaleza (SERCEFOP), consideradas 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, conforme <https://www.fortaleza.ce.gov.br/>, recuperado em 29, maio, 2015. Cabe salientar que as regionais IV e V são consideradas as com população mais economicamente desfavorecida.



**Figura 1:** Mapa das secretarias executivas regionais de saúde do município de Fortaleza

Neste estudo o cenário são os dois hospitais pediátricos. No entanto é oportuno comentar sobre o serviço de saúde da atenção primária, visto que é a partir deles que os encaminhamento para as unidades terciárias são realizados. Assim, no que se refere aos serviços da atenção primária, estas são compostas atualmente por 86 UAPS. A organização das UAPS compreende demanda espontânea e organizada, sendo que os profissionais das equipes de saúde são divididos em turnos de 6 horas diárias (30h/semanais). Durante este período os profissionais dedicam-se ao acolhimento e aos demais programas da ESF, incluindo a Puericultura e são as unidades que referenciam para as unidades hospitalares da capital.

Entretanto a cidade de Fortaleza tem muitos hospitais sob sua gestão, o que implica em dificuldades para promover atenção primária na cidade, onde se tem 375 equipes de PSF, as quais poderiam apresentar-se em maior número se a gestão municipal não fosse tão sobrecarregada pelos níveis secundários e terciários de atenção à saúde.

Mesmo com ampla cobertura da ESF, alguns serviços são essenciais para a referência na atenção infantil, com destaque para dois hospitais pediátricos referência no município, os quais são cenários do estudo.

#### 4.3 População e amostra do estudo

A população foi composta por crianças com idade até cinco anos, de ambos os sexos, internadas nos hospitais descritos anteriormente, com diagnóstico de Diarreia,

Pneumonia e Asma listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10) (ANEXO A e B), que tenham recebido atendimento em unidades de saúde do interior ou capital nos últimos 12 meses. Considerou-se inclusive aquelas crianças que acessavam o serviço apenas para vacinação ou outro procedimento além da puericultura. Destaca-se que os CID selecionados estão elencados entre os três mais prevalentes nesta faixa etária (0-5 anos) (MOURA et al., 2010).

Tais critérios são justificados por ser a população infantil expressivamente acometida pelas ICSAP por condições agudas, como as afecções das vias aéreas. A relação é 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. (CALDEIRA et al., 2011).

Para definição da amostra considerou-se o fato de que as instituições hospitalares do estudo não disponibilizarem dados específicos de internações por condições sensíveis até 5 anos, visto que os hospitais não realizam a notificação de forma padronizada. Uma das instituições notificava por doença, sem definir a faixa etária e a outra por meio da faixa etária apenas. Assim, utilizaram-se dados dos referidos hospitais em relação à média trimestral de internações dos diagnósticos de interesse na faixa etária pré-estabelecida no ano de 2015, segundo informações dos registros epidemiológicos dos hospitais para perfazer os cálculos citados anteriormente.

Após foi realizada amostragem não probabilística por conveniência (consecutiva). Então foram avaliadas as crianças internadas em um dos hospitais selecionados na pesquisa diagnosticadas com diarreia, pneumonia e/ou asma as quais foram incluídas no estudo por conveniência até completar o número de sujeitos indicados pelo cálculo amostral. Sendo assim, foram avaliadas 40 crianças no Centro de Assistência à Criança Dr<sup>a</sup>. Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá e 80 crianças no Hospital Infantil Albert Sabin, perfazendo 120 participantes.

Os critérios de exclusão foram: crianças desacompanhadas dos pais e/ou responsáveis ou quando estes apresentassem problemas cognitivos que os impossibilitem de entender e responder os questionamentos. Como critério de descontinuidade considerou-se as entrevistas das quais os participantes desejarem não concluir o questionário de estudo.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado mediante 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%.

Estudo transversal com população finita:

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

Sendo que os parâmetros para calcular o tamanho amostral através da fórmula para populações finitas foram:

$n$  = tamanho da amostra corrigida: 120

$N$  = tamanho da população: 480

$P$  = prevalência/proporção ( $P= 0,5$ )

$Q = (1 - P) = 0,5$

$Z$  = valor tabulado da normal reduzida para nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ )

$e$  = erro amostral ( $e = 8\%$ )

#### 4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Foram aplicados os seguintes materiais: Instrumento Avaliação da Atenção Primária- PCATool-Brasil (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) versão Criança (ANEXO A) e questionário acerca das variáveis sociodemográficas e de vínculo com a Atenção Primária (APÊNDICE B).

As variáveis preditoras analisadas foram 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. Destaca-se que a variável procedência foi estratificada entre as seis SER da cidade de Fortaleza somado ao estrato região metropolitana e ao interior, o que dariam sete possíveis categorias, porém agregou-se SER I e II pelo número reduzido de participantes e pela semelhança do perfil dos entrevistados, o mesmo foi feito para as SER V e VI as quais são consideradas regiões com maior densidade populacional e características socioeconômicas desfavoráveis. Logo, para variável procedência contou-se com seis categorias.

O outro conjunto de variáveis preditoras foram os atributos essenciais da APS, a

saber: Grau de Afiliação, Utilização - Acesso de Primeiro Contato, Acessibilidade - Acesso de Primeiro Contato; e Longitudinalidade.

As variáveis de desfecho avaliadas foram os escores satisfatórios ou insatisfatórios presentes no estudo para estes atributos elencados acima e foram baseadas no PCATool-Brasil (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) versão Criança, o qual conta com 55 itens divididos dentro de 10 diferentes elementos, sendo um instrumento validado e adaptado para a realidade brasileira. Destaca-se que neste estudo serão utilizados apenas os atributos acesso de primeiro contato e longitudinalidade. 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).

Os escores maiores ou iguais a 6,6 ou escores brutos maiores ou iguais a 3 na escala de Likert foram considerados adequados para APS. Destaca-se que este ponto de corte foi sugerido no estudo de Oliveira (2007). Os pontos avaliados são: Grau de Afiliação com Serviço de Saúde; Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados e Sistemas de Informação; Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços prestados; Orientação Familiar; Orientação Comunitária, porém neste estudo considerou-se para análise os escores dos dois primeiros atributos.

A coleta foi conduzida nos hospitais selecionados por entrevistadores treinados pelos pesquisadores, ambos participantes do projeto “Puericultura: cuidado à saúde da criança nos diversos cenários da atenção primária”, utilizando-se o Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE E). O instrumento foi aplicado por alunos da graduação e pós-graduação de Enfermagem, previamente capacitados a fim de ter total domínio no manejo e aplicação do instrumento. Foi priorizado um local silencioso e de privacidade para aplicação do instrumento, garantindo um ambiente acolhedor para a mãe e/ou responsável. Destaca-se que os instrumentos foram testados na primeira semana de coleta e ajustados.

#### 4.5 Organização e análise de dados

Inicialmente foi criado questionário na ferramenta Google Drive<sup>®</sup>, o qual exporta automaticamente o banco de dados para o Microsoft Office Excel<sup>®</sup> e em seguida os dados foram organizados e agrupados de acordo com os blocos de perguntas dos instrumentos utilizados na coleta de dados: atributos da APS (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade e Utilização, Longitudinalidade), características sociodemográficas dos cuidadores (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, grau de escolaridade) e das crianças (idade, sexo). 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.

Por conseguinte, foram calculados os escores dos atributos de acordo com as instruções presentes no 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.

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  $> 6,6$  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 (OLIVEIRA, 2007).

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 sob número de parecer 1.292.581 (ANEXO C), 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) dos TCLE e termo de assentimento para adolescentes (APÊNDICE A, B, C) 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

Os resultados foram organizados em duas seções. Primeiramente, foram apresentadas as caracterizações dos participantes do estudo, dispondo de dados das mães/cuidadores e das crianças. Na seção seguinte, foram apresentadas as informações referentes à utilização do instrumento *PCATool* – versão criança para operacionalização dos atributos da APS, objeto do estudo: Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade.

### 5.1 Caracterizando a amostra dos cuidadores e crianças

Foram entrevistados 120 cuidadores, destes a maioria eram mães, sendo a faixa etária predominante entre 14 a 23 anos, contando com 46 (38,3%). A maioria residia em bairros circunscritos nas SER V e VI de Fortaleza, 38 (31,7%), onde há déficit de equipes na APS. Em relação à escolaridade, 72 (70%) concluíram o ensino fundamental. Dentre os respondentes, 85 (70,8%) são casados ou mantêm união estável e 70 (58,3%) tem como ocupação o lar.

Observou-se maior prevalência das famílias compostas por 2 a 4 membros, 68 (56,7%). Em sua maioria possuíam benefício do programa social do governo federal, o Bolsa Família, 75 (62,5%). A renda familiar de grande parte dos lares é de apenas um salário mínimo, 62 (51,7%) e as residências possuem de 3 a 5 cômodos, 61 (50,8%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mães/cuidadores participantes do estudo. Fortaleza - CE, fev-jun 2016.

(Continua)				
Variável	N	%	Média	Desvio Padrão
<b>Idade (Mãe/Cuidador)</b>				
14 – 23	46	38,3		
24 – 28	32	26,7	27,43	7,68
29+	42	35,0		
<b>Procedência</b>				
Fortaleza – SER I e II	7	5,8		
Fortaleza – SER III	24	20,0		
Fortaleza – IV	20	16,7		
Fortaleza – SER V e VI	38	31,7		
Região Metropolitana	15	12,5		
Interior do Ceará	16	13,3		
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	72	60,0		
Médio	48	40,0		
<b>Estado civil</b>				

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mães/cuidadores participantes do estudo. Fortaleza - CE, fev-jun 2016.

(Conclusão)				
Variável	N	%	Média	Desvio Padrão
Casada/União consensual	85	70,8		
Solteira/Divorciada/Viúva	35	29,2		
<b>Ocupação</b>				
Sem informação	2	1,7		
Do lar	70	58,3		
Emprego	40	33,3		
Estudante	8	6,7		
<b>Benefício do Programa Bolsa Família</b>				
Não	45	37,5		
Sim	75	62,5		
<b>Renda familiar*</b>				
Menos de um salário	26	21,7		
Um salário mínimo	62	51,7		
Dois ou mais salários	32	26,7		
<b>Número de pessoas residentes no domicílio</b>				
2 a 4	68	56,7	4,67	1,80
5+	52	43,3		

Fonte: Dados gerados pelo autor \*Valor do salário mínimo no período do estudo: R\$ 880,00.

Em relação às crianças, as idades mais prevalentes foram entre 14 e 25 meses, 41 (34,2%); e destes, 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. Segundo as respondentes, as consultas comumente 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 apresentados na Tabela 2.

Tabela 3 – Características sociodemográficas e de saúde das crianças internadas por condições sensíveis à atenção primária. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016.

(Continua)				
Variável	N	%	Média	Desvio Padrão
<b>Idade da Criança (M=Meses)</b>				
3 – 13	39	32,5		
14 – 25	41	34,2	23,67	15,03
26+	40	33,3		
<b>Nasceu prematura</b>				
Não	104	86,7		
Sim	16	13,3		

Tabela 4 – Características sociodemográficas e de saúde das crianças internadas por condições sensíveis à atenção primária. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016.

				(Conclusão)	
Variável	N	%	Média	Desvio Padrão	
<b>Amamentou exclusivamente</b>					
Até 1 mês	21	17,5			
Entre 2 e 4 meses	39	32,5			
<b>Frequenta a Puericultura de rotina</b>					
Não	62	51,7			
Sim	58	48,3			
<b>Se não, porém já frequentou a Puericultura, até que idade o fez</b>					
0 a 6 meses	24	47,1			
7 a 12 meses	16	31,4	10,43	8,10	
13 a 36 meses	11	21,6			
<b>Profissional a realiza/realizava este tipo de consulta</b>					
Enfermeiro(a) apenas	48	40			
Enfermeiro(a) e Médico(a)	35	29,2			
Médico(a) apenas	23	19,2			
Não se aplica	14	11,7			
<b>Frequenta creche/escola</b>					
Não	69	57,5			
Sim	51	42,5			
<b>Diagnóstico da internação atual</b>					
Asma	3	2,5			
Diarreia	29	24,2			
Diarreia e Pneumonia	4	3,3			
Pneumonia	84	70			

Fonte: Dados gerados pelo autor

Acerca de estratégias preventivas oferecidas pelos serviços de APS, como vacinação e orientações acerca das doenças respiratórias e diarreicas, os dados da Tabela 3 evidenciam que em relação às crianças com diagnóstico de asma e/ou pneumonia, apenas 48 (55,2%) relataram que receberam até duas doses da vacina contra influenza, e 33 (37,9%) tomaram quatro doses da pneumocócica 10- valente. Já a maior parte das crianças com diagnóstico de Diarreia, 26 (89,7%), receberam as duas doses da vacina rotavírus. O cartão de vacina encontrava-se atualizado junto a 62 (71,3%) de todas as crianças incluídas na pesquisa, e 63 (72,4%) dos responsáveis de crianças com doenças respiratórias admitiram nunca terem recebido qualquer informação sobre prevenção de pneumonia/ asma, assim como 17 (58,6%) dos responsáveis por crianças com diagnóstico de Diarreia também não receberam informações quanto à prevenção deste tipo de doença evitável.

Tabela 3 – Características relacionadas às estratégias de prevenção das doenças evitáveis (Vacinação e orientação) segundo cuidadores. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016

Variável	N	%
<b>Diarreia</b>		
<b>Recebeu a vacina contra o Rotavírus</b>		
Não	3	10,3
Sim	26	89,7
<b>Nº de doses</b>		
2	26	100
<b>Asma/Pneumonia</b>		
<b>Doses da vacina contra influenza (Apenas em campanha)</b>		
Não Informado	25	28,7
Até 2 doses	48	55,2
Mais do que 3	14	16,1
<b>Doses da pneumocócica 10-valente (Calendário antigo- 2,4,6 e 12. Calendário novo 2,4 e 12)</b>		
Não Informado	24	27,6
Até 3 doses	30	34,5
4 doses	33	37,9
<b>O cartão de vacina encontra-se atualizado</b>		
Não	25	28,7
Sim	62	71,3
<b>Orientação sobre a prevenção da pneumonia/asma</b>		
Não	63	72,4
Sim	24	27,6

Fonte: Dados gerados pelo autor

## 5.2 Atributos da Atenção Primária à Saúde Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade

A tabela 4 apresenta os escores médios dos atributos da APS após análise das respostas das mães/cuidadores. Além do escore essencial e geral referente aos atributos incluídos nesta pesquisa. Verifica-se que o atributo Longitudinalidade (>4,0) teve menor escore em comparação ao Acesso de Primeiro Contato (5,6).

Na presente tabela aplicou-se o Teste de Wilcoxon cuja finalidade é verificar se a média do atributo de Acesso de primeiro contato é igual à média da Longitudinalidade. Obtendo p-valor < 0,001, rejeitamos a hipótese de igualdade entre as médias, logo podemos afirmar que a média do primeiro contato é maior do que a longitudinalidade.

Ao desmembrar o atributo Acesso de Primeiro Contato tem-se os três primeiros componentes avaliados no *PCATool* versão criança, chamados de Grau de Afiliação(A), Utilização(B) e Acessibilidade (C). Destaca-se que estes componentes foram somados e divididos por três, a fim de estabelecer uma media do atributo acesso de primeiro contato,

conforme pode ser observado na tabela a seguir.

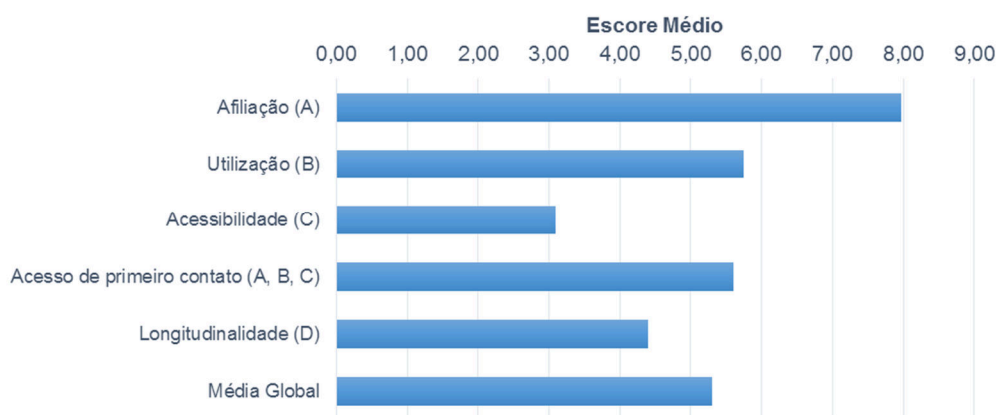
Tabela 4 – Escore médio dos atributos na ferramenta PCATools, escala métrica de 0 a 10. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016

Atributos da Atenção Primária à Saúde	N	Valor Faltante	Mínimo	Máximo	Média	IC 95% da Média
Afiliação (A)	120	0	0,00	10,00	7,97	(7,42 ; 8,53)
Utilização (B)	120	0	0,00	10,00	5,74	(5,18 ; 6,31)
Acessibilidade (C)	120	0	0,00	8,33	3,09	(2,7 ; 3,48)
Acesso de primeiro contato (A, B, C)*	120	0	0,56	8,89	5,60	(5,26 ; 5,94)
Longitudinalidade (D)*	120	0	0,24	10,00	4,39	(4,02 ; 4,77)
Média Global	120	0	0,83	8,75	5,30	(4,99 ; 5,61)

\*Aplicou-se teste de Wilcoxon, p-valor < 0,001.

Fonte: Dados gerados pelo autor

O grau de afiliação obteve melhor escore (aproximadamente 8,0), sendo o único entre todos os componentes do instrumento avaliado de forma satisfatória ( $\geq 6,6$ ). Os dois seguintes apresentaram escores de aproximadamente 6,0 e 3,0, respectivamente, como escore médio. Os referidos dados também podem ser observados na Figura 2 a seguir.



**Figura 2:** Gráfico representativo dos componentes do *PCATool* incluídos no estudo.

A Tabela 5 apresenta os escores brutos (1 a 4) – escala de Likert – dos componentes do PCATool – versão criança, assim como os escores brutos referentes a cada item do referido instrumento, evidenciando o tipo de pergunta que foi feita para o cuidador, como forma de visualizar com maior minúcia cada aspecto dos componentes. Nota-se que os maiores escores constaram no atributo Longitudinalidade, referente aos itens “O profissional entende o que você diz ou pergunta” (3,29) e “O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda” (3,41). Assim como os menores escores brutos referem-se aos

itens relacionados à possibilidade de contatos por telefone com as equipes de saúde. Como visto nos itens “Consegue aconselhamento por telefone no serviço” do componente Acessibilidade (1,32) e “Pode telefonar para falar com o profissional no serviço” do atributo Longitudinalidade (1,37).

Tabela 5 – Valores dos escores dos componentes por questão do instrumento *PCATool*. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016.

(Continua)

<b>Atributos da Atenção Primária à Saúde</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>IC 95% da Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B)</b>	1,0	4,0	2,72	(2,55; 2,89)	0,95
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para uma consulta de rotina	1,0	4,0	3,06	(2,83; 3,29)	1,29
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para um novo problema	1,0	4,0	2,18	(1,95; 2,42)	1,32
O seu serviço de saúde encaminha obrigatoriamente a um especialista quando necessário	1,0	4,0	2,93	(2,71; 3,14)	1,20
<b>Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C)</b>	1,0	3,5	1,93	(1,81; 2,04)	0,65
O serviço de saúde atende no mesmo dia	1,0	4,0	2,65	(2,43; 2,87)	1,23
Espera muito tempo para marcar hora no serviço	1,0	4,0	1,97	(1,74; 2,19)	1,26
É fácil marcar consulta de rotina para criança	1,0	4,0	2,43	(2,19; 2,67)	1,34
Tem que esperar mais que 30 minutos para as consultas	1,0	4,0	1,38	(1,23; 1,53)	0,83
Dificuldade em conseguir atendimento médico no serviço	1,0	4,0	1,82	(1,62; 2,02)	1,12
Consegue aconselhamento por telefone no serviço	1,0	4,0	1,32	(1,17; 1,46)	0,81
<b>Longitudinalidade (D)</b>	1,1	4,0	2,32	(2,2; 2,43)	0,63
É o mesmo profissional que atende a criança no serviço	1,0	4,0	2,83	(2,6; 3,07)	1,32
Pode telefonar para falar com o profissional no serviço	1,0	4,0	1,37	(1,2; 1,53)	0,91
O profissional entende o que você diz ou pergunta	1,0	4,0	3,29	(3,12; 3,47)	0,97
O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda	1,0	4,0	3,41	(3,25; 3,56)	0,87
O profissional lhe dá tempo suficiente para falar sobre os problemas ou preocupações	1,0	4,0	2,89	(2,65 ; 3,13)	1,33
Você se sente à vontade para falar dos problemas com sua criança ao profissional	1,0	4,0	3,11	(2,89 ; 3,33)	1,23

Tabela 5 – Valores dos escores dos componentes por questão do instrumento *PCATool*. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016.

(Conclusão)

<b>Atributos da Atenção Primária à Saúde</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>IC 95% da Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
O profissional conhece a criança como pessoa mais do que como um problema de saúde	1,0	4,0	2,17	(1,94 ; 2,39)	1,25
O profissional conhece a história clínica da criança	1,0	4,0	2,31	(2,06 ; 2,55)	1,37
O profissional sabe dos medicamentos que a criança toma	1,0	4,0	2,28	(2,04 ; 2,53)	1,35
Você mudaria para outro serviço de saúde se fosse fácil	1,0	4,0	2,16	(1,92 ; 2,4)	1,35
O profissional conhece bem a família	1,0	4,0	1,57	(1,38 ; 1,75)	1,03
O profissional sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família	1,0	4,0	1,55	(1,37 ; 1,73)	1,01
O profissional sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança	1,0	4,0	1,65	(1,45 ; 1,85)	1,13
O profissional saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa	1,0	4,0	1,88	(1,65 ; 2,1)	1,23

Fonte: Dados gerados pelo autor

Ao associar os atributos à variável idade (mães/cuidadores), observa-se associação entre Longitudinalidade (D) e a idade da mãe/cuidador ( $p=0,077$ ), visto que as mães entre 24-28 anos obtiveram as melhores médias. No que diz respeito a procedência houve associação significativa entre o componente Grau de Afiliação (A) do atributo de Acesso de Primeiro Contato e as cidades do interior ( $p=0,013$ ), pois nestas cidades os escores para este componente foram maiores. Assim como entre o componente Utilização (B) e as cidades da região metropolitana de Fortaleza ( $p=0,002$ ). Já no que se refere à escolaridade obteve-se associação entre o componente Grau de Afiliação (A) do atributo de Acesso de Primeiro Contato e o ensino médio ( $p=0,023$ ) e entre o atributo Longitudinalidade (D) e o ensino fundamental ( $p=0,065$ ).

Acrescenta-se associação com o componente Utilização (B) do atributo Acesso de Primeiro Contato e o número de moradores da residência ( $p=0,012$ ). Assim como se verificou associação entre o componente Acessibilidade (C) do atributo referido atributo e o recebimento de benefício Bolsa Família do governo federal ( $p=0,067$ ). Dados descritos na Tabela 6, a seguir.



Tabela 6 – Resultado da comparação dos componentes A (Grau de Afiliação), B (Utilização), C (Acessibilidade) e D (Longitudinalidade) dividido por cada variável sociodemográfica da mãe/cuidador. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016

<b>Indicador</b>	<b>Categoria</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>Idade (Mãe/Cuidador)</b>	14 – 23	7,97	5,63	3,20	4,47
	24 – 28	7,92	6,22	3,42	5,03
	29+	8,02	5,50	2,72	3,83
	<b>P-valor</b>	<b>0,930</b>	<b>0,466</b>	<b>0,331</b>	<b>0,077</b>
<b>Procedência</b>	Fortaleza – SER I e II	7,62	6,83	3,65	4,22
	Fortaleza SER – III	8,89	6,30	3,15	4,38
	Fortaleza – SER IV	8,83	7,17	3,67	4,93
	Fortaleza – SER V e VI	6,58	3,89	2,50	3,82
	Região Metropolitana de Fortaleza	7,78	7,19	3,04	4,84
	Interior do Ceará	9,17	5,69	3,51	4,79
	<b>P-valor</b>	<b>0,013</b>	<b>0,002</b>	<b>0,337</b>	<b>0,471</b>
<b>Escolaridade</b>	Fundamental	7,50	6,03	3,29	4,73
	Médio	8,68	5,30	2,80	3,90
	<b>P-valor</b>	<b>0,023</b>	<b>0,139</b>	<b>0,218</b>	<b>0,065</b>
<b>Estado civil</b>	Casada/ União consensual	7,96	5,76	3,01	4,47
	Solteira /Divorciada/Viúva	8,00	5,68	3,29	4,22
	<b>P-valor</b>	<b>0,849</b>	<b>0,937</b>	<b>0,529</b>	<b>0,358</b>
<b>Ocupação</b>	Do lar	7,71	5,75	3,10	4,46
	Emprego Formal ou Informal	8,50	5,86	2,89	4,14
	Estudante	7,92	4,86	3,40	4,43
	<b>P-valor</b>	<b>0,412</b>	<b>0,593</b>	<b>0,615</b>	<b>0,868</b>
<b>Nº pessoas no domicílio</b>	2 a 4	8,09	6,39	2,87	4,54
	5+	7,82	4,89	3,39	4,20
	<b>P-valor</b>	<b>0,917</b>	<b>0,012</b>	<b>0,189</b>	<b>0,565</b>
<b>Benefício bolsa família</b>	NÃO	7,93	5,26	2,62	4,09
	SIM	8,00	6,03	3,38	4,58
	<b>P-valor</b>	<b>0,789</b>	<b>0,193</b>	<b>0,067</b>	<b>0,304</b>
<b>Renda familiar*</b>	Menos de um salário mínimo	8,21	6,45	2,67	4,40
	Um salário mínimo	8,39	5,93	3,28	4,57
	Pelo menos dois salários	6,98	4,79	3,07	4,05
	<b>P-valor</b>	<b>0,135</b>	<b>0,106</b>	<b>0,538</b>	<b>0,558</b>

Fonte: Dados gerados pelo autor \*Valor do salário mínimo no período do estudo: R\$ 880,00

No que diz respeito aos dados sociodemográficos relacionados às crianças notou-se que quando associado os atributos e a variável idade (criança) houve associação na Longitudinalidade (D) e a idade da criança ( $p=0,043$ ). Já no que se refere ao aleitamento materno exclusivo de vida houve associação significativa entre o atributo Longitudinalidade (D) e a faixa etária entre 2 e 4 meses ( $p=0,072$ ). Acrescenta-se associação com o componente Utilização (B) do atributo de Acesso de Primeiro Contato e a frequência nas consultas de

Puericultura (p=0,020). Dados descritos na Tabela 7, abaixo.

Tabela 7 – Resultado da comparação dos componentes A (Grau de Afiliação), B (Utilização), C (Acessibilidade) e D (Longitudinalidade) dividido por cada variável sociodemográfica da criança. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016

(Continua)

<b>Indicador</b>	<b>Categoria</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>Idade da Criança (M=Meses)</b>	3 – 13	7,95	5,98	2,89	4,42
	14 – 25	7,97	6,04	3,33	4,97
	26+	8,00	5,19	3,04	3,78
	<b>P-valor</b>	0,909	0,408	0,587	<b>0,043</b>
<b>Nasceu prematura</b>	Não	7,88	5,58	3,14	4,42
	Sim	8,54	6,81	2,78	4,21
	<b>P-valor</b>	0,522	0,164	0,639	0,616
<b>Amamentou exclusivamente</b>	Até 1 mês	6,67	5,82	2,75	3,56
	Entre 2 e 4 meses	8,38	6,30	3,23	4,82
	Até 6 meses	8,17	5,35	3,12	4,41
	<b>P-valor</b>	0,186	0,328	0,676	<b>0,072</b>
<b>Frequenta a Puericultura de rotina</b>	Não	7,47	5,09	2,79	4,17
	Sim	8,51	6,44	3,42	4,63
	<b>P-valor</b>	0,150	<b>0,020</b>	0,118	0,270
<b>Se não, porém já frequente, até que idade o fez (M=meses)</b>	0 a 6 meses	7,64	5,09	2,73	3,53
	7 a 12 meses	7,50	5,63	2,81	4,18
	13 a 36 meses	8,48	4,04	2,12	4,46
	<b>P-valor</b>	0,739	0,329	0,552	0,243
<b>Profissional a realiza/realizava este tipo de consulta</b>	Enfermeiro(a) apenas	7,64	5,93	3,14	4,54
	Enfermeiro(a) e Médico(a)	8,57	5,78	3,08	4,54
	Médico(a) apenas	8,55	5,65	3,04	3,69
	Não se aplica	6,67	5,16	3,06	4,68
	<b>P-valor</b>	0,121	0,961	0,926	0,209
<b>Frequenta creche/escola</b>	Não	8,02	5,89	2,93	4,37
	Sim	7,91	5,53	3,31	4,43
	<b>P-valor</b>	0,941	0,445	0,395	0,981
<b>Diagnóstico da internação atual</b>	Asma/Pneumonia	7,62	5,39	3,15	4,32
	Diarreia	8,85	6,48	2,78	4,66
	<b>P-valor</b>	0,116	0,119	0,438	0,354
	<b>Asma/Pneumonia</b>				
<b>Recebeu informação sobre a prevenção da pneumonia/asma</b>	Não	7,78	5,27	3,12	4,10
	Sim	7,22	5,69	3,22	4,90
	<b>P-valor</b>	0,237	0,578	0,864	0,175

Tabela 7 – Resultado da comparação dos componentes A (Grau de Afiliação), B (Utilização), C (Acessibilidade) e D (Longitudinalidade) dividido por cada variável sociodemográfica da criança. Fortaleza - CE, fev-jun, 2016

(Conclusão)

<b>Indicador</b>	<b>Categoria</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>Diarreia</b>					
<b>Recebeu informação sobre a prevenção da diarreia</b>	Não	9,02	6,14	2,32	4,01
	Sim	8,61	6,94	3,43	5,60
	<b>P-valor</b>	1,000	0,334	0,187	<b>0,023</b>

Fonte: Dados gerados pelo autor

Na Tabela 7 verifica-se, ainda, os dados referentes à comparação dos componentes do *PCATool* – versão criança incluídos no estudo e as variáveis sociodemográficas relacionadas ao diagnóstico da doença evitável. Nota-se que houve associação entre informações recebidas sobre prevenção da diarreia e Longitudinalidade (D) ( $p=0,023$ ).

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Variáveis sociodemográficas dos cuidadores e crianças participantes do estudo

Em relação aos dados sociodemográficos, a predominância foi de mães/cuidadores entre 14 e 23 anos, com média de aproximadamente 27 anos, corroborando com o estudo de Leão et al. (2011) realizado na cidade de Montes Claros (MG), no qual a maioria das mães e pais encontravam-se em idade reprodutiva com média de idade para as mães de 25 a 27 anos. Esta variável é importante, pois este estudo demonstrou relação da faixa etária de 24 a 28 anos, a qual pertence à idade média da amostra, a melhores escores no atributo Longitudinalidade.

A maioria dos entrevistados referiu como ocupação ser do lar, visto que quase a totalidade dos entrevistados são mães das crianças internadas, e vivem com um companheiro. Achados que corroboram com os estudos de Oliveira *et al.* (2012), nos quais a ocupação mais frequente foi em trabalhos domésticos e no setor de serviços, além de todas contarem um companheiro que vivia com a família. O fato de viver com companheiro é importante no aspecto financeiro, pois há um incremento na renda familiar e ainda reforço no apoio social.

Acerca da procedência, observou-se que a maioria reside nos bairros localizados nas SER V e VI de Fortaleza. Ambas localidades estão em processo de expansão urbana e tem despontado entre as regiões com maiores problemas sociais, contando com a maioria dos bairros de médio e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (MAGALHÃES, 2013). A SER V possui 41.971 crianças com idade inferior a cinco anos, correspondendo a 24,86% desta população no município de Fortaleza. Nesta região destacam-se, ainda, alguns indicadores socioeconômicos, a saber: alta densidade demográfica, menor renda per capita e pior IDH. Vale destacar que a SER V, no ano de 2012, foi a que apresentou mais casos de diarreia, 5.726 casos, sendo 2,172 na faixa etária de 1 a 4 anos (FORTALEZA, 2013; IBGE, 2010). Ainda no contexto procedência, opondo-se a situação descrita anteriormente, é notável o número reduzido de participantes provenientes das SER I e II, tal achado pode ser explicado pelo fato de a SER II destacar-se por possuir os bairros com melhor IDH (FORTALEZA, 2010). Além de contar com menos equipes de ESF per capita.

Relacionando a variável procedência aos escores dos atributos estudados percebeu-se associação entre a porcentagem da amostra residente em cidades do interior do estado e região metropolitana de Fortaleza com os componentes A (Grau de Afiliação) e B (Utilização) do atributo Acesso de Primeiro Contato, respectivamente. Tal resultado

contrapõe-se a maioria das pesquisas, exemplificadas pelo estudo de Almeida, Fausto e Giovannella (2011) que analisou ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a ESF e demonstrou que, nessas capitais, foram identificadas mais ações que fortaleciam os serviços de atenção primária à saúde, tendo com uns dos destaques aumento da oferta de atenção primária à saúde com diminuição das barreiras de acesso e estruturação dos serviços de atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema. Tal evidência pode ser explicada devido ao fato de estas regiões possuírem maior cobertura da estratégia de saúde da família, o que favoreceria o acesso da população. Fortaleza hoje é vista como um das maiores capitais do país, que tem enfrentado inúmeros desafios urbanos e de saúde, o que de fato compromete o acesso aos serviços.

Quanto ao nível de escolaridade e renda das mães/cuidadores, grande parte dos participantes apresentou ensino fundamental e renda de um salário mínimo. Esses dados também foram constatados no Rio de Janeiro, no qual os familiares e/ou cuidadores de crianças apresentam baixa renda econômica e anos de estudo condizente com os apresentados nesse estudo (Reichert *et al.*, 2016). Tal achado coincide com a situação mundial e nacional, a qual associa baixos níveis socioeconômicos a maiores taxas de doenças evitáveis como diarreia e pneumonia. Destaca-se que o total de dependentes economicamente, na maioria das vezes, foi de duas a quatro pessoas por domicílio, evidenciando uma baixa renda per capita entre os participantes do estudo. Segundo a WHO (2013), a maioria dos casos e mortes por pneumonias e diarreias na população infantil ocorre nas populações pobres, as quais apresentam menor nível socioeconômico, o que agrava ainda mais as desigualdades sociais. No Brasil, as regiões Norte e Nordeste ainda concentram as maiores taxas de mortalidade infantil e mortalidade em menores de cinco anos, compostas em sua maioria por diarreias e pneumonias (IBGE, 2010; WHO, 2013).

No que concerne à associação da variável escolaridade aos escores dos atributos da APS estudados, evidenciou-se maior pontuação para o componente Grau de Afiliação do atributo Acesso de Primeiro Contato nos participantes que cursaram o ensino médio. Tal achado condiz com estudos que apontam que menor escolaridade e baixa renda aumentam a probabilidade de não ter acesso a cuidados primários (JERANT, FENTON, FRANKS, 2012; ANDERSEN *et al.*, 2002). Porém, destaca-se situação oposta em relação aos melhores escores do atributo Longitudinalidade, estavam presentes nos participantes que possuíam apenas o ensino fundamental. Este fato pode estar relacionado ao fato de que estes usuários utilizem mais a APS como fonte regular de cuidado, ao contrário daqueles que possuem

ensino médio, pois muitas vezes possuem planos de saúde (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

A maioria das famílias participantes recebia o benefício Bolsa Família do governo federal. Tal achado vai de encontro ao estudo de Silva *et al.* (2015) que apesar da predominância da baixa renda, assim como nesse estudo, a maioria dos entrevistados referiram não receber Bolsa Família. No entanto, esta variável apresentou associação positiva com o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato, corroborando com Rocha *et al.* (2011) que identificaram que o ingresso no Programa Bolsa Família proporcionou maior frequência de acesso aos sistemas de saúde e de educação pelo cumprimento das condicionalidades, em função do risco de suspensão ou cancelamento do benefício.

No que concerne aos dados das crianças representadas no estudo, a maioria encontrava-se na faixa etária de 14 a 25 meses, coincidindo com o estudo de Leão *et al.* (2011), que apresentou média de idade de aproximadamente 13 meses para as crianças participantes, o qual buscou avaliar os atributos da APS na assistência à saúde infantil em uma cidade de Minas Gerais. Predominantemente, as crianças nasceram a termo. Este fato pode ser considerado positivo, pois quando crianças de menor idade acessam com frequência os serviços hospitalares, significa que a atenção a gestante e ao pré-natal e puericultura apresentam graves deficiências.

No que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo (AME), a maioria das mães referiu tê-lo mantido até seis meses de vida do bebê. Contrapondo-se a esses dados, estudo de Boccolini, Boccolini (2011) constatou que o aleitamento materno é uma prática importante para redução média da taxa de internação hospitalar por doenças diarreicas na população de crianças com menos de um ano de vida, tanto o AME quanto o aleitamento materno em crianças de nove a 12 meses. Seguindo a mesma linha, Boccolini *et al.* (2013) evidenciaram que o aumento das prevalências de aleitamento materno no primeiro ano de vida e de AME nos primeiros seis meses de uma população podem reduzir as internações hospitalares por pneumonias.

Entretanto, quando associado aos atributos estudados, notou-se associação positiva entre o atributo Longitudinalidade e o período de AME entre dois e quatro meses. Pesquisa nacional realizada em 2009 constatou que houve aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. Apesar da maioria das mães que compuseram a amostra serem do lar, o trabalho fora de casa marca o período do quarto mês, com conseqüente declínio nas taxas de aleitamento materno e AME.

Vários aspectos podem influenciar a prática do aleitamento materno. Estudo aponta que a idade materna mais jovem pode estar relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como baixos níveis de escolaridade e menor poder aquisitivo, situação que coincide com a encontrada neste estudo (ARAÚJO *et al.*, 2008; BRASIL, 2009). Possivelmente as mães que referiram AME durante o referido período foram realmente fiéis a sua realidade. O mesmo estudo citado anteriormente constatou, ainda, que, embora a totalidade de mães pesquisadas reconhecesse a importância do leite materno, mais da metade delas amamentaram exclusivamente seus filhos no máximo por três meses e, ao contrário do esperado, o acompanhamento do bebê e/ou da mãe pela ESF não influenciou no tempo de amamentação.

Sobre o acompanhamento de rotina das crianças pelas consultas de Puericultura, notou-se que quase a metade ainda frequentava esse tipo de atendimento. Mesmo os respondentes que referiram não participar das consultas no período da entrevista, em sua maioria já haviam participado nos primeiros meses de vida do bebê. Constatou-se que a maioria dos acompanhamentos acontecia durante os primeiros seis meses. Estudo realizado em Porto Alegre encontrou alta frequência de crianças não acompanhadas regularmente no primeiro ano de vida pelo serviço de puericultura e associou este achado à baixa escolaridade materna e à estrutura familiar, além da percepção dos cuidadores de que é desnecessário na ausência de doença da criança (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

No que concerne a categoria profissional que realizava o acompanhamento das crianças através da puericultura, ficou evidente que a maioria contava apenas com o enfermeiro, seguido do acompanhamento conjunto de médicos e enfermeiros. Achado que pode ser explicado pela posição do enfermeiro frente à comunidade, de profissional educador e assistencial, que atua compartilhando conhecimentos, experiências e empoderando a população frente às diversas situações encontradas no atendimento a essa faixa etária. Logo, a práxis deste profissional tem impacto valioso na promoção da saúde da comunidade, interferindo diretamente em pontos críticos (OSAWA, 2012).

Por outro lado, estudo realizado no município de Maringá, o qual objetivou conhecer as percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura no contexto da atenção à saúde infantil, mostrou que os familiares tinham preferência pelo atendimento realizado pelo médico pediatra, percebendo a participação do enfermeiro nessa atividade, porém apenas de forma secundária (MALAQUIAS, GAÍVA, HIGARASHI, 2015).

Em relação à inserção das crianças em creches ou pré-escolas os dados obtidos no estudo evidenciaram uma discreta prevalência de crianças que não frequentam esses espaços, o que pode ser explicado pela pouca idade das crianças incluídas no estudo, quase 70% encontrava-se entre três meses e dois anos de idade. As infecções respiratórias e diarreicas constituem problemáticas importantes nas crianças institucionalizadas em creches cuja redução perpassa uma complexa rede de fatores socioeconômicos, do saneamento básico e da infraestrutura das creches (PEDRAZA; QUEIROZ; SALES, 2014). Crianças que frequentam centros infantis têm risco aumentado de adquirir infecções respiratórias e doenças diarreicas, dentre outras patologias (NESTI; GOLDBAUM; 2007).

As infecções de vias aéreas inferiores são consideradas causa importante de hospitalização em lactentes e crianças pequenas. Para crianças usuárias de creches, cita-se que a prevalência de pneumonia pode ser de duas a 12 vezes maior e que o risco de adoecer mais por infecção respiratória aguda pode passar de três para cinco quando a permanência em instituições eleva-se de 15 para 50 horas semanais (PEDRAZA; QUEIROZ; SALES, 2014). Já as diarreias configuram-se em um problema importante nas creches, onde aparecem na forma de casos esporádicos ou surtos. Sua incidência em menores de três anos que frequentam creche é aumentada em 30 a 50%; aproximadamente metade dos casos podem ser atribuídos à creche, e o ingresso recente está associado a um risco ainda maior (NESTI; GOLDBAUM, 2007).

A respeito dos diagnósticos mais prevalentes no estudo, despontaram os casos de pneumonia, compondo mais de 70% da amostra. Mesmo diante da importante redução na carga da doença nas últimas décadas, a pneumonia permanece como a principal causa de morbidade e mortalidade na infância, gerando impactos negativos em países em desenvolvimento e em regiões de elevada desigualdade social, onde há escassez de recursos humanos e financeiros (LIU *et al.*, 2012). A incidência de pneumonia entre crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento é cinco vezes maior que em países desenvolvidos (RUDAN *et al.*, 2013).

Estudos nacionais sobre fatores de risco para hospitalizações em crianças já registraram que os principais diagnósticos foram as pneumonias e as gastroenterites, consideradas causas evitáveis de internações. Mais recentemente, outros autores destacaram a manutenção das doenças respiratórias na infância como importantes causas de hospitalização em menores de quatro anos, mesmo com o decréscimo das internações por pneumonias nos últimos anos (CALDEIRA, *et al.*, 2011, CAETANO; PUCCINI; PERES, 2002).



A maior parte dos entrevistados no estudo não recebeu orientação sobre prevenção de pneumonia e nem sobre prevenção de diarreia. Grande parte da mortalidade associada a essas doenças pode ser prevenida com intervenções educativas realizadas nas comunidades. Estudo realizado no país Serra Leoa que objetivou determinar se a provisão de voluntários de saúde comunitária induzem à mudanças significativas no comportamento de busca por cuidados em saúde e no tratamento de crianças acometidas por pneumonia, diarreia e malária, revelou que a implantação de voluntários de saúde comunitária foi associada a uma redução na carga de tratamentos e menos dependência de tratamentos tradicionais. Além de ter associado a presença destas pessoas a um aumento de 105% no tratamento adequado para pneumonia e uma redução de 55% no tratamento tradicional para diarreia (YANSANEH, 2014).

Pelo caráter prevenível das doenças estudadas, a possibilidade de vacinação é uma estratégia consolidada e extremamente valiosa. Em relação à atualização dos cartões de vacina das crianças que compuseram a amostra, aproximadamente 70% encontrava-se atualizado. Nesse sentido, estudo realizado em Salvador concluiu que a cobertura vacinal pelo esquema completo ao final dos 18 meses de idade, com doses válidas, foi insatisfatória e foram observadas heterogeneidades entre os estratos socioeconômicos com pior cobertura nos grupos mais pobres (BARATA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, a prática de imunização contra o rotavírus, um dos principais agentes causadores de diarreias agudas, foi iniciada em 2006 como estratégia para a redução das doenças intestinais em menores de cinco anos e resultou em notória redução no número de infecções, hospitalizações e mortalidade em crianças (AMBROSINI; CARRARO, 2012; MASUKAWA, 2015). De acordo com o Ministério da Saúde, a cobertura vacinal preconizada é de 90% para o rotavírus. Os dados desse estudo revelaram uma adequada cobertura vacinal (CV), aproximadamente 90%, contra rotavírus nas crianças com diagnóstico de diarreia. Dados do SI-PNI revelam CV de 90,53% para a Região Metropolitana de Fortaleza no ano de 2013, portanto atingindo a meta estabelecida a nível nacional.

Já em relação às pneumonias, têm-se a vacina pneumocócica 10-valente e a vacina contra a gripe. Nesse estudo observou-se predominância de esquema completo para a primeira e de duas doses ou mais em campanha para a segunda. Estudo realizado em Santa Catarina com o objetivo de avaliar o impacto da vacina pneumocócica PCV10 na redução da mortalidade por pneumonia em crianças menores de um ano evidenciou que a taxa média de mortalidade por pneumonia nesta faixa etária no período 2006-2009 versus 2010-2013

diminuiu em 11% após quatro anos da implantação da vacina como rotina no Programa Nacional de Imunizações, porém com efeitos heterógenos entre as regiões (KUPEK; VIEIRA, 2016). Sobre a vacina contra o vírus Influenza A H1N1, estudo realizado para descrever o percentual pediátrico imunizado, em duas campanhas consecutivas não mostrou diferença entre as coberturas vacinais de 2012 e 2013 e, em ambos os anos, foi inferior à preconizada de 80% (LOPES; SCHEIBEL, 2015).

## **6.2 Avaliação dos Atributos Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade**

Analisando a saúde da criança dentro da atenção básica, evidencia-se a necessidade de ponderar aspectos que envolvam ações capazes de contribuir para que crianças sobrevivam e tenham melhor acesso à saúde, como também à qualidade de vida. Nesse sentido, os atributos da APS encontram espaço, sendo reveladas evidências de que, através de suas dimensões, a APS contribui para o desempenho dos sistemas de saúde. Portanto, entende-se que tanto sua existência (presença) quanto o grau em que ocorre (extensão) possuem potencial para transformar as questões que envolvem a saúde da criança.

Os resultados da presente pesquisa revelaram que os serviços de nível primário do estado do Ceará, de uma maneira geral, apresentaram baixa orientação aos princípios APS sob a ótica das mães/cuidadores das crianças incluídas no estudo, uma vez que ambos os escores, referente ao atributo Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade, não atingiram o corte de 6,6. Quando analisados separadamente, o único componente que apresentou forte orientação foi a Afiliação, a qual compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato (tabela 4, figura 2).

### **6.2.1 Acesso de Primeiro Contato**

O atributo Acesso de Primeiro Contato recebeu baixa avaliação entre os usuários, atingindo escore de 5,6, representando uma baixa orientação à APS, indicando que ainda existem fragilidades e barreiras que dificultam o acesso das crianças aos serviços de saúde. Esse fato também foi identificado em estudos semelhantes (FINKLER *et al.*, 2014; FERRER, 2013; LEÃO *et al.*, 2011).

.Segundo a concepção de Starfield, o acesso de primeiro contato significa que o serviço de APS deve ser o primeiro recurso a ser procurado quando surge uma necessidade

médica ou de saúde, ou seja, implica em acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde, funcionando como a “porta de entrada” no sistema. Quando de fato essa função se consolida há uma redução no número de consultas por um mesmo problema, diminuição no número de consultas com especialistas e de exames complementares, menor necessidade de idas a serviços de urgência/emergência e menor número de hospitalizações, resultando em redução dos custos e cuidados mais adequados (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2008).

Assim como o atributo Acesso de Primeiro Contato, seus componentes de processo – Utilização (5,74) e de estrutura – Acessibilidade (3,09). O componente de estrutura Grau de Afiliação foi o único que obteve escore satisfatório, 7,96 (TABELA 4, FIGURA 2). Tal componente refere-se à identificação e a utilização de um serviço de APS como a fonte regular de cuidado e espelha o quanto o paciente se sente “pertencente” ao serviço. Sendo assim, a princípio, é fundamental que haja disponibilidade do serviço e que esteja de acordo com as necessidades da população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Apesar de não incluído em boa parte dos estudos que abordam os atributos da APS, mantivemos nesse estudo a investigação do Grau de Afiliação, pois se observou distintos padrões de utilização de serviços de saúde pela população adstrita ao ESF, os quais também incluem parcela de usuários cadastrados que também são afiliados ao sistema privado. Segundo dados disponíveis do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) observa-se que no Brasil, em dezembro de 2010, o percentual da população afiliada ao subsistema privado varia de 2,6% na região Norte até 12,8% no Sudeste. Nesse sentido, estudo realizado em São Paulo mostrou que apesar da imensa potencialidade das propostas inovadoras incorporadas pelo Programa de Saúde da Família, observou-se uso seletivo de suas atividades pela população, fortemente influenciado pela afiliação ao subsistema privado e pela renda (BOUSQUAT; GOMES; ALVES, 2012).

Possivelmente, o maior reconhecimento da APS como fonte regular de cuidados para as crianças e seus familiares se deve a fatores relacionados aos princípios do modelo de ESF, a saber: adscrição da clientela, a presença dos agentes comunitários que permitem uma maior identificação do usuários com o serviço e a abordagem centrada no paciente que fortalece o vínculo (FERRER, 2013).

Indo de encontro aos achados observados nesse estudo, Ferrer (2013) obteve para esse componente o escore mais baixo dentre todos os demais, configurando uma baixa identificação dos usuários com os seus serviços de origem, sendo significativamente pior

avaliado pelos usuários não atendidos pela ESF.

Em relação ao componente de processo Utilização, o escore revelado nesse estudo não foi satisfatório (5,74), porém foi mais alto quando comparado ao componente de estrutura Acessibilidade (3,09) e ao escore global do atributo Acesso de Primeiro Contato (5,6), achado semelhante ao estudo de Ferrer (2013), no qual a avaliação do componente Acessibilidade e Utilização apresentaram escores de 3,78 e 6,07, respectivamente. A utilização do serviço depende da atitude ativa do usuário, entretanto é fortemente influenciada pelas características dos serviços. Segundo Starfield (2002), um aspecto fundamental para a utilização é que a unidade possibilite aos usuários perceberem o serviço como acessível. Nesse sentido, estudo de caso controle realizado em Ribeirão Preto para analisar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia obteve escore elevado em seu componente utilização em ambos os grupos estudados. Isso implica em reconhecer que tanto o médico quanto o serviço de saúde utilizado pela criança são os primeiros a serem procurados mediante uma necessidade, um dos pressupostos da organização em rede do sistema de saúde, a qual tem a APS como sua integradora e ordenadora (PINA *et al.*, 2015).

Quando analisado separadamente as respostas para as três perguntas referentes à Utilização, obtêm-se escore bruto satisfatório (3,06) para a questão “Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para uma consulta de rotina?” (tabela 7). Este achado demonstra que as mães/cuidadores dão preferência ao serviço primário quando se trata de acompanhamento de rotina de suas crianças, que se consolida na ESF através das consultas de Puericultura.

Ainda segundo Starfield (2002), a acessibilidade é o que facilita ou o que impede que as pessoas sejam atendidas e, portanto, compreende tanto um componente geográfico (características relacionadas a distância e ao tempo necessários para o atendimento) como um componente sócio-organizacional (características que facilitam ou que dificultam os esforços das pessoas para serem atendidas, como horários de atendimento, facilidade de marcar consultas, existência de filas).

No que se refere a este componente de estrutura, o estudo revelou o mais baixo escore (3,09), enquanto o componente Utilização foi melhor avaliado, conforme citado anteriormente. Achado um tanto paradoxal, uma vez que o paciente deve primeiro reconhecer o serviço como acessível para então efetuar a sua utilização, demonstrando que as disponibilidades dos serviços não atende às expectativas da população (FERRER, 2013; STARFIELD, 2002). Corroborando com este dado, Pina *et al.* (2015) apresentou escores

baixos para este componente em estudo de caso controle realizado com crianças com pneumonia. Assim como Ferrer (2013), no qual o componente Acessibilidade foi avaliado com o menor escore (3,78) dentre todos os atributos estudados, coincidindo novamente com os dados desse estudo. Limitações relativas ao atendimento da demanda espontânea e à dificuldade para agendamento contribuem para que as crianças não consigam atenção oportuna às suas necessidades de saúde.

### **6. 2. 2 Longitudinalidade**

Por fim, o atributo Longitudinalidade recebeu baixa avaliação entre os usuários, atingindo escore de 4,9, representando uma baixa orientação à APS nesse quesito, corroborando com o estudo de Ferrer (2013), que em estudo semelhante, obteve escore de 4,93 para esse atributo. Juntamente com o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade é um dos principais atributos da APS que tem sido relacionado às ICSP. Além de possuir característica central para atenção à saúde, uma vez que se trata do acompanhamento do paciente, conferindo a continuidade e efetividade do tratamento, ao longo do tempo o que contribui para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência. Além disso, este atributo permite a produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos, com redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e para realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA, GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002).

Por outro lado há estudos que referem boa avaliação para longitudinalidade. Como em Frank *et al.* (2015), que ao avaliar a efetividade da APS direcionada a crianças, por meio do atributo longitudinalidade, em unidades de saúde com e sem ESF em município do Oeste do Paraná encontrou que esse atributo foi o mais bem avaliada na Unidade Básica de Saúde no tocante à saúde da família. Assim como em Braz *et al.* (2013), o qual apresentou escore satisfatório para a longitudinalidade, demonstrando boa experiência dos cuidadores com as ações derivadas desse atributo.

Nesse sentido, uma ferramenta de extremo valor para o atributo longitudinalidade é o acolhimento, definido como uma das propostas do Programa Nacional de Humanização (PNH), instaurado em 2004, pelo MS. A proposta do acolhimento constitui um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado. O acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas uma atitude que permeia o

cuidado. Consiste na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, o que resulta em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial. Segundo Finkler *et al.* (2014), a proposta do acolhimento pode construir relações estáveis e cuidado humanizado a demanda infantil na atenção primária a saúde.

Esta ferramenta tem levado as equipes de saúde a reorganizar o processo de trabalho, por meio da presença de profissionais capacitados com uma escuta ativa e qualificada às demandas da população, o que possibilita autonomia, cidadania e corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Assim, o acolhimento deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

A tecnologia do acolhimento pode ser considerada uma reforma nos processos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários e, portanto, uma estratégia para o alcance da longitudinalidade pessoal. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O sucesso desse atributo proporciona maior interação com a família e com a história de vida da criança, ação essencial ao cuidado em saúde voltado para a faixa etária discutida (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Quando analisado separadamente as respostas para as 14 perguntas referentes à Longitudinalidade, obtêm-se escore bruto satisfatório ( $\geq 3$  na escala de likert) em três dessas questões, a saber: “O profissional entende o que você diz ou pergunta?”, “O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda?” e “Você se sente à vontade para falar dos problemas com sua criança ao profissional?”. Tais achados apontam para um bom relacionamento entre usuários e profissional. Corroborando com estes achados Braz *et al.* (2013) Com relação à comunicação entre profissional de saúde e cuidador, estes reforçam que há uma estreita ligação que permite um diálogo claro entre ambos, com espaço para escuta, esclarecimento de dúvidas, o que os leva a sentirem-se confortáveis para colocar os questionamentos que possuem acerca do cuidado da criança.

Seguindo a temática dos escores brutos por questão, o menor escore obtido foi em relação à questão “Pode telefonar para falar com o profissional no serviço?”, mostrando uma deficiência nesse tipo de atendimento na APS. Evidenciando uma deficiência já percebida no período da coleta de dados. Corroborando novamente com Braz *et al.* (2013), no

qual apesar de alcançado escore satisfatório, mostrou que os usuários não consideram que poderiam ter suas dúvidas retiradas via ligação telefônica feita à unidade de saúde, caso fosse necessário.

Por fim, é importante considerar que um resultado positivo para o atributo longitudinalidade só será possível se o gestor de saúde priorizar em seu escopo esses serviços e ações, na medida em que envolvem questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

## 7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados foi possível identificar que, para as mães e/ou cuidadores de crianças menores de cinco anos internadas em dois hospitais infantis de Fortaleza por pneumonia, diarreia e asma, os atributos da APS Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade obtiveram escores insatisfatórios quanto à presença e à extensão no município de Fortaleza.

Tal fato pode ter como uma de suas razões a tentativa recente de reestruturação da APS de Fortaleza por meio do modelo de Redes de Atenção à Saúde, que vem se adaptando a realidade local priorizando estratégias como a demanda espontânea, ação que de certa forma tende a prejudicar os programas já implantados e genuínos da APS, como destacado neste trabalho a Puericultura. Provocando na população o interesse em procurar o serviço apenas quando a criança apresenta algum quadro agudo de agravo à saúde, não o fazendo de forma rotineira por meio de acompanhamentos de crescimento e desenvolvimento, que promovem a saúde desta população.

Dentro do modelo de Redes de Atenção à Saúde, a APS é vista como o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, sendo o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra-fluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto de atenção primária à saúde. Para isso a APS deve operar de forma abrangente, por meio dos seis atributos essenciais e derivados, dentre os quais os dois primeiros, incluídos neste trabalho: Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade.

No que se refere às Redes de Atenção à Saúde, observou-se limitação relacionada às Redes de Atenção às Urgências e Emergências, as quais contam com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como um de seus componentes. Ficou evidente que uma quantidade relevante de possíveis entrevistados foi excluída do estudo por não fazerem seguimento em UAPS, muitas mãe/cuidadoras referiam levar a criança as UPA quando dos primeiros sintomas de mudanças no quadro de saúde, além de não realizarem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em consultas Puericultura, como referido anteriormente.

As competências atribuídas às UPA dentro da rede de atenção às urgências destacam seu caráter assistencial, mas sobretudo sua natureza de pronto-atender, ao definir que o acolhimento às demandas dos usuários deve ocorrer sempre. A realização de consultas, inclusive aos casos de menor gravidade, estabelece uma lógica de trabalho mais permeável às demandas consideradas não urgentes. Desse modo, a legislação recusa a possibilidade de a



unidade operar apenas pela lógica de urgência própria aos profissionais de saúde. Destacando-se a integração desafiadora destas unidades com sua principal porta de saída – o hospital – e com a atenção básica, a porta de entrada reguladora do sistema.

Destaca-se o profissional enfermeiro possui uma visão ampliada do cuidado prestado em todos os pontos de atenção integral à saúde da criança, além de presente e atuante no decorrer da trajetória percorrida pelos familiares em busca de promoção, prevenção e manutenção da saúde de suas crianças. Inclusive quando se trata da aderência ao modelo de Redes de Atenção à Saúde. Sendo profissional indispensável na manutenção de uma APS satisfatoriamente orientada, principalmente para os atributos destacados no presente estudo. Destacam-se em uma posição diferenciada na equipe da Atenção Primária à Saúde, apontando para a ampliação dos limites de atuação profissional.

Percebe-se aspectos importantes do cuidado dos enfermeiros que contribuem para um atendimento longitudinal, como a relevância do contato constante com os usuários, a eficácia nas ações viabilizada pelo trabalho em equipe, a resolutividade dos problemas potencializada em decorrência da assistência integral, assim como os benefícios de atividades em grupo para prevenir agravos, promover e recuperar a saúde.

Por meio do estudo pode-se observar que a maioria dos respondentes eram as mães, e mesmo quando os acompanhantes eram pais, avós, ou pessoas próximas, a preferência sempre era que fosse a mãe quem respondesse o instrumento, configurando uma responsabilização maior da mãe pelo estado de saúde dos filhos. Essas mães eram em sua maioria, mulheres jovens, com nível de escolaridade mediano e do lar, o que implica em uma população economicamente estagnada, como comprovado pelas evidentes baixas rendas apresentadas neste estudo.

Sugere-se ao enfermeiro, junto a equipe de saúde, formular e implementar atividades e estratégias educativas que sensibilizem essa população, visto que estas mulheres são as principais provedoras da saúde de seus filhos, tornando-as mais seguras dos cuidados que oferecem a eles. Além de perceberem a APS como ambiente promotor de saúde.

Viu-se ainda que a maioria dos participantes eram procedentes de regionais com IDH muito baixo, dado que chama atenção para esses bairros, que já sabidamente apresentam condições desfavoráveis de vida. Nesse sentido, o enfermeiro detém papel fundamental em situações como essa, visto que uma de suas principais ferramentas de trabalho é a educação em saúde, possibilitando mudanças nos cuidados ofertados pelos cuidadores a essas crianças e diminuindo a exposição a situações de risco que contribuem para o adoecimento, por meio do

empoderamento da população assistida, possibilitando a troca de saberes e melhorando a confiança das mães no papel de cuidadoras dos seus filhos.

Não foram observados nem o manejo clínico oferecido a essas crianças e nem os fatores relativos às políticas de internação hospitalar, que também podem ter contribuído para a hospitalização, porém o desfecho de interesse não era o risco de ocorrer a ICSAP, essas limitações não interferiram com os resultados observados.

Os resultados apontam fragilidades nos serviços com insatisfação dos cuidadores. Acredita-se que a qualidade do cuidado pode ser avaliada pela satisfação dos usuários, apontando necessidade de melhoria dos atributos ofertados. Acrescenta-se que o conhecimento dos aspectos que envolvem os atributos da Atenção Primária à Saúde e sua oferta para os cuidados da criança são de extrema importância, pois possuem potencial para fornecer subsídios aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde.

Desse modo, ressalta-se que as amplas atribuições do enfermeiro na atenção primária à saúde de avaliação, orientação, encaminhamento, apoio, comunicação, respeito, humanização, cooperação, responsabilização e construção de parcerias, refletem na saúde e qualidade de vida infantil, mostrando que o cuidado de enfermagem é necessário para a saúde da criança e sua família.

Sugere-se a avaliação dos atributos da APS na assistência infantil por meio de outras visões, como em setores de internação mais específicos, assim como nas próprias UAPS. Além da avaliação dos atributos e dos serviços do ponto de vista dos profissionais de saúde através do *PCAtool* versão profissionais, para associar os pontos encontrados neste estudo às demandas e dificuldades dos profissionais que oferecem o cuidado à criança. E assim, traçar um panorama amplo e fidedigno da APS no âmbito da saúde da criança. Além da realização de estudos avaliativos dos serviços de saúde, contribuindo com os órgãos gestores para melhoria do atendimento à população.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al* . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 jun. 2015.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s.l.], v. 29, n. 2, p.84-95, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892011000200003>. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892011000200003](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003)>. Acesso em: 30 out. 2016.

AMARAL FILHO, J. *et al*. Potencialidades e Perspectivas para o Desenvolvimento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde no Estado do Ceará. 2010. (Relatório de pesquisa).

AMBROSINI, V.A.; CARRARO, E. Impacto da vacinação contra rotavírus no Brasil. *Medicina (ribeirão Preto)*, Guarapuava, v. 45, n. 4, p.411-18, 2012. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n4/REV\\_Impacto%20da%20vacina%E7%E3o%20contra%20rotav%EDrus%20no%20Brasil.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n4/REV_Impacto%20da%20vacina%E7%E3o%20contra%20rotav%EDrus%20no%20Brasil.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2016.

ANDERSEN R.M. *et al*. Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? *Med Care Res Rev.*, Los Angeles, v. 59, n. 4, p.384-411, dez. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12508702>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

ANTUNES, F. P. *et al*. Trends in hospitalizations for respiratory diseases in Salvador, Bahia State, Brazil, 1998-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 869-877, May 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 jun. 2015.

ARANTES, R. C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev APS**, v. 11, n. 2, p. 189-98, 2008. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/262/99> Acesso em: 2 jun. 2015.

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

ARAÚJO, O.D. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 61, n. 4, p.488-492, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672008000400015>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400015)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BARATA, R.B.; PEREIRA, S.M. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v. 16, n. 2, p.266-277, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2013000200004>. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000200266](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200266)>. Acesso em: 30 nov. 2016.

BOCCOLINI, C.S. *et al.* O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 87, n. 5, p.399-404, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572011000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000500006)>. Acesso em: 18 nov. 2016.

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.19-26, jan-mar. 2011. Disponível em: <[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/v20n1a03\[1\].pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/v20n1a03[1].pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2016.

BOUSQUAT, A.; GOMES, A.; ALVES, M.C.G.P.. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 17, n. 11, p.2913-2921, nov. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100008>.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100008)>. Acesso em: 30 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1**. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.221, 17 de abril 2008**. Publica em forma de anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União [online]. Brasília (DF). 2008 (acesso em 30 nov 2016) Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria\\_SAS\\_N\\_221\\_08\\_Lista\\_Internacoes\\_Condicoes\\_Sensiveis\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria_SAS_N_221_08_Lista_Internacoes_Condicoes_Sensiveis_Atencao_Basica.pdf)

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

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 399. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006b; 31 mar.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool - Brasil*** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459**, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011a. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.654** , 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: 09 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRAZ, J. C. *et al.* A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 416-23, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/73521/77226>>. Acesso em 19 nov. 2016

BROUSELLE, A. *et al.* Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CAETANO, J.R.M. *et al.* Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 36, n. 3, p.285-291, jun. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102002000300005>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300005)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CALDEIRA, A. P. *et al.* Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 mar. 2015.

CARDOSO, C.S *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CARNEIRO, M. S. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, Oct. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Nov. 2015.

CEARÁ. **Boletim Epidemiológico Mortalidade Infantil**. Fortaleza: Secretária Estadual de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica, set 2014.

CHOMATAS, E. R. V. *et. al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/828/587> Acesso em 16 jun. 2015.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 16, p.1029-1042, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000700036>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036)>. Acesso em: 30 nov. 2016.

FERRER, A.P.S. Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo. 234 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pediatria, Avaliação da Atenção Primária à Saúde Prestada A Crianças e Adolescentes na Região Oeste do Município de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-26022014.../AnaPaulaScolezeFerrer.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-26022014.../AnaPaulaScolezeFerrer.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2015.

FLORES, G. *et al.* Keeping children out of hospitals: parents'and physicians' perspectives on how pediatric hospitalization for ambulatory care sensitive concitions can be avoided. **Pediatrics**, v. 112 p. 1021-1030, 2003.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. Desenvolvimento humano, por bairro, em fortaleza. 2010. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sde>>. Acesso em: 07 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Guia de bolso para o Programa de Atenção Integral à Criança e Adulto com Asma de Fortaleza – PROAICA**. 2015. Disponível em: <http://www.ginanobrasil.org.br/guias/guia-proaica/> Acesso em: 19 jun. 2015.



\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Programa de Atenção Integrada à Criança com Asma — PROAICA**. 2009. Disponível em: [http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/redes\\_atencaoBasica\\_proaica.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencaoBasica_proaica.asp).

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEV/SIMDA. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por Secretaria Executiva Regional**. Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notifica/graficoSerano=2012&ser=&agra> Acesso em: 30 out. 2015.

FRACOLLI, L. A. *et al* . Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4851-4860, Dec. 2014 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2015.

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. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000009&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03 jun. 2015.

GIOVANELLA, L.; de MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Censo 2010**. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23#topo\\_pirami](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23#topo_pirami) Acesso em: 13 nov. 2016.

JERANT, A.; FENTON, J. J.; FRANKS, P. Primary Care Attributes and Mortality: A National Person-Level Study. *The Annals Of Family Medicine*, [s.l.], v. 10, n. 1, p.34-41, 1 jan. 2012. *Annals of Family Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1314>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22230828>>. Acesso em: 02 out. 2016.

KUPEK, E.; VIEIRA, I.L.V.. O impacto da vacina pneumocócica PCV10 na redução da mortalidade por pneumonia em crianças menores de um ano em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 32, n. 3, p.1-11, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00131414>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300711&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300711&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 30 nov. 2016.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa. 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, E.F.A. *et al.* Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, [s.l.], v. 20, n. 2, p.275-280, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000200275](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200275)>. Acesso em: 14 out. 2016.

LIU, L. *et al.* Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*, [s.l.], v. 379, n. 9832, p.2151-2161, jun. 2012. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60560-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60560-1). Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60560-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60560-1/abstract)>. Acesso em: 26 nov. 2016.

LOPES, P.S.D.; SCHEIBEL, I.M. Cobertura vacinal contra influenza e motivos da não vacinação em crianças com idade de risco internadas em hospital terciário. *Revista da Amrigs, Porto Alegre*, v. 59, n. 2, p.73-77, 2015. Disponível em: <[http://www.amrigs.org.br/revista/59-02/01\\_1414\\_Revista\\_AMRIGS.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/59-02/01_1414_Revista_AMRIGS.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

MACEDO, S. E. C. *et al.* Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 351-358, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 Jun. 2015.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; de SOUZA, M. DE 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.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHO, T. The impact of primary health care on population health in low and middle income countries. **J Ambul Care Manage**. New York, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305227> Acesso em 16 jun. 2015.

MAGALHÃES, A.C.M. **Contra-hegemonia e legitimação no controle social na saúde: avaliando os percursos e contradições do Conselho Regional de Saúde V em Fortaleza/Ce**. 2013. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5996>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MALAQUIAS, T.S.M.; GAÍVA, M.A.M.; HIGARASHI, I.H. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*, Maringá, v. 36, n. 1, p.62-8, mar. 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/46907/33319>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 17, n. 8, p.2071-2085, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800018>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018). Acesso em: 01 dez. 2016.

MOURA, B. L. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s83-s91, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 mar. 2015.

NESTI, M.M.M.; GOLDBAUM, M. Infectious diseases and daycare and preschool education. *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 83, n. 4, p.299-312, 1 jul. 2007. *Jornal de Pediatria*. <http://dx.doi.org/10.2223/jped.1649>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 26 nov. 2016.

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: **Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos**; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea : MP, SPI, 2014.

OLIVEIRA, B.R.G. *et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev Rene.*, Cascavel, v. 13, n. 2, p.332-342, 2012. Bimestral. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/217/pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

OLIVEIRA, B.R.G. *et al.* The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 20, n. 3, p.453-461, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692012000300005>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 11 ago. 2016.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada. 2009.** 118f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 66, n. spe, p.158-164, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 09 set. 2016.

de OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERISSIMO, M. de La Ó R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 jun. 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.

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

Organização Pan-Americana da Saúde A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, OPAS; 2011. (NAVEGADORSUS, 2).

OSAWA, S.P. Atenção à Saúde da Criança: Puericultura, Organização e atuação do enfermeiro: **puericultura, organização e atuação do enfermeiro**. 2012. 25 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Atencao\\_saude\\_crianca\\_puericultura.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Atencao_saude_crianca_puericultura.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016

PEDRAZA, D.F.; QUEIROZ, D.; SALES, M.C. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 2, p.511-528, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.09592012>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200511](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200511)>. Acesso em: 25 nov. 2016.

PELEGRINI, A.H.W. Produção do cuidado de enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento em situações de urgência. 2013. 206 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem., Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio

Grande do Sul., Porto Alegre, 2013. Disponível em:  
<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87224>>. Acesso em: 03 out. 2016.

PEREIRA, F.; da SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. de A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 331-342, oct. 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600331&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600331&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em 17 jun. 2015.

PINA, J.C. *et al.* Presence and extent of the primary health care attributes among children hospitalized for pneumonia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 3, p.512-519, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0502.2582>. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-23-03-00512.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00512.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2016.

PINTO H. A., SOUZA A. N. A., FERLA A. A. The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy. **Saúde em debate**. 2014; v. 38 n. esp., p.358-72, Out. 2014 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>> Acesso em 15 dez. 2016.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* . Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 268-278, Mar. 2015 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100268&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100268&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 out. 2015.

PREZOTTO, K.H.; CHAVES, M. M. N.; MATHIAS, T. A. de F. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 44-53, Feb. 2015 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100044&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100044&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 mar. 2015.

REICHERT, A.P.S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 1, p.119-127, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 13 out. 2016.

ROCHA, S.F. *et al.* Análise da qualidade de vida dos beneficiários do programa bolsa família na cidade de Porto Velho. *Revista Pesquisa & Criação*, Porto Velho, v. 10, n. 2, p.59-73, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.unir.br/index.php/propesq/article/viewFile/412/454>>. Acesso em: 23 out. 2016.

RUDAN I. *et al.* Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG) Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. *J Glob Health*. 3 (1): 010401, 2013.

SILVA, D. *et al.* Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família. *Anais do Vii Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – Universidade Federal do Pampa*, Bagé, p.1-2, nov. 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/pc/Downloads/16691-5800-1-PB \(2\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/16691-5800-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 23 out. 2016.

SILVA, S.F.; MONTE, A.S.; COSTA, C.C.; JOVENTINO, E.S.; GOMES, A.L.A.; XIMENES, L.B. Caracterização de pacientes pediátricos asmáticos atendidos em um centro de saúde de fortaleza. *Rev Rene.*, Fortaleza, v. 12, (n. esp.), p. 973-979. 2011. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a12v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a12v12esp_n4.pdf)

STARFIELD, B. (2007). *Global health, equity and primary care* (Commentary). *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, 511-513. doi:10.3122/jabfm.2007.070176

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

UNICEF. **Pneumonia and diarrhea. Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children.** New York (NY); 2012. Disponível em: <[https://www.unicef.org/publications/index\\_65491.html](https://www.unicef.org/publications/index_65491.html)> Acesso em: 02 fev. 2016.

VITOLO, M.R.; GAMA, C.M.; CAMPAGNOLO, P. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 86, n. 1, p.80-84, fev. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572010000100014>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100014)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. . Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/global\\_action\\_plan\\_pneumonia\\_diarrhoea/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/en/)>. Acesso em: 02 fev. 2016.

YANSANEH, A.I. *et al.* Influence of community health volunteers on care seeking and treatment coverage for common childhood illnesses in the context of free health care in rural Sierra Leone. *Tropical Medicine & International Health*, [s.l.], v. 19, n. 12, p.1466-1476, 22 set. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12383>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25243929>>. Acesso em: 30 nov. 2016.



## APÊNDICE A – 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 **ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CRIANÇAS INTERNADAS POR DOENÇAS EVITÁVEIS: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO E LONGITUDINALIDADE**, 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

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_ declaro que é de livre e espontânea vontade estar participando como voluntário da pesquisa “**Análise das internações de crianças de zero a cinco anos por Doenças Respiratórias Sensíveis à Atenção Primária à Saúde**” 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  
que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS QUE COLETARAM OS DADOS (FOLHA 1/2)**

Sr.(a) Enfermeiro (a),

Eu \_\_\_\_\_ tendo sido convidada a participar como voluntária na coleta de dados do estudo **ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CRIANÇAS INTERNADAS POR DOENÇAS EVITÁVEIS: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO E LONGITUDINALIDADE**, 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

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_ declaro que é de livre e espontânea vontade estar participando como voluntário da coleta de dados da pesquisa **“Análise das internações por condições sensíveis a atenção primária em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas por doenças respiratórias”** 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 que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
OS PARTICIPANTES (FOLHA 1/2)**

Sr.(a) Estudante,

Eu \_\_\_\_\_ tendo sido convidada a participar como voluntária na coleta de dados do estudo **ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CRIANÇAS INTERNADAS POR DOENÇAS EVITÁVEIS: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO E LONGITUDINALIDADE**, 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 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

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_ declaro que é de livre e espontânea vontade estar participando como voluntário da coleta de dados da pesquisa **“Análise das internações por condições sensíveis a atenção primária em crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas por doenças respiratórias”** 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  
que aplicou o TCLE

Data

Assinatura



## APÊNDICE D – Questionário Sociodemográfico



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

Código da Participante: \_\_\_\_\_

### **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 completo
  2. 2º grau completo
  3. Graduação completa
  4. Nunca estudou
  5. Outro: \_\_\_\_\_
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 (A=anos; M=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 2. Entre 1 e 2 meses 3. 2 a 4 meses 4. Até 6 meses  
5. Outro. Especificar: \_\_\_\_\_
19. A criança frequenta a puericultura de rotina? Se a resposta for não, responder a questão seguinte  
1. Sim 2. Não
20. Se não, porém já frequentou a Puericultura, até que idade o fez? (A=anos; M=meses)  
\_\_\_\_\_
21. Que categoria de profissional a realiza/realizava este tipo de consulta?  
1. Enfermeiro apenas 2. Médico(a) apenas 3. Enfermeiro(a) e Médico(a)
22. A criança frequenta creche/escola  
1. Sim 2. Não

### **D. QUESTÕES REFERENTES AS GASTROENTERITES:**

**23. 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  
5. Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**24. Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar?** 1. Sim    2. Não    3. A criança só mama**25. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo?**

1. Usa água mineral    2. Ferve e/ou filtra a água    3. Trata com hipoclorito de sódio    4. Coa através de um pano  
5. Outro tratamento. Especificar: \_\_\_\_\_

**26. Seu filho já apresentou algum episódio de diarreia (além do atual)?** 1. Sim    2. Não**27. Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum posto de saúde?** 1. Sim    2. Não**28. A criança alguma vez já foi internada em hospital devido à diarreia?** 1. Sim    2. Não**29. Você já ofereceu Soro de Reidratação Oral (SRO) para o seu filho?** 1. Sim    2. Não**30. O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus?** 1. Sim    2. Não**31. Se sim, quantas doses?** \_\_\_\_\_**32. Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da diarreia?** 1. Sim    2. Não**33. 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. Palestras, cartazes nos serviços de saúde      9. Internet  
e/ou redes sociais

**10. Outros. Especifique:** \_\_\_\_\_**D. 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. ( ) Não usa ventilador

**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: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E - Procedimento Operacional Padrão (POP)

**Objetivo:** Estabelecer a sistemática de aplicação de um questionário para coleta de dados de uma pesquisa científica.

### EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS

- ✓ Escala – *PCATool – Primary Care Assessment Tool* (ANEXO A);
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A);
- ✓ Questionário Sociodemográfico – (APÊNDICE B);
- ✓ Pranchetas;
- ✓ Canetas;
- ✓ Pastas.

### PROCEDIMENTOS

- 1) Abordar o sujeito da pesquisa, que serão pais/cuidadores de crianças hospitalizadas com diagnósticos de doenças gastrointestinais em hospitais de referência de Fortaleza-Ce.
- 2) Apresentar-se como enfermeiro (ou estudante de enfermagem), explicar o objetivo da pesquisa e convidá-la a participar;
- 3) 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.
- 4) Depois de esclarecidos os propósitos e recolhidos os TCLE, terá início a coleta de dados.
- 5) Diga que a entrevista vai durar em torno de 40 minutos;
- 6) Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome;
- 7) Iniciar a entrevista pelo questionário sociodemográfico, seguido do instrumento *PCATool* versão criança;
- 8) 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;
- 9) 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;
- 10) 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”;

11) Se o entrevistado não entender o termo “provavelmente”, leia as respostas “provavelmente sim” como “Acho que sim” e “provavelmente não” como “Acho que não”;

12) 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;

13) As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legíveis, sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma;

14) Nunca deixe uma resposta em branco, a não ser as dos “pulos” indicados no instrumento;

15) Ao término da aplicação do questionário, agradecer a participação do pai/cuidador.

Obs.: Evitar interferências durante o preenchimento do questionário; dúvidas devem ser tiradas se solicitadas pelo participante.

## ANEXO A

## CLASSIFICAÇÃO CID-10 DAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

- 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 B****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

## ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA POPULAÇÃO INFANTIL: DOENÇAS GASTROINTESTINAIS E RESPIRATÓRIAS

**Pesquisador:** Fabiane do Amaral Gubert

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50029615.6.0000.5054

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.292.581

#### Apresentação do Projeto:

Considerando que o grande número de internações hospitalares pediátricas por causas gastrointestinais e respiratória podem ocorrer pela falta de resolutividade da atenção primária à saúde, nosso estudo visa avaliar os atributos da atenção primária oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária, pelo diagnóstico de pneumonia e/ou asma ou doenças gastrointestinais no município de Fortaleza, os resultados deste estudo podem contribuir para sensibilizar enfermeiros e demais profissionais integrantes da equipe multidisciplinar das ESF para reconhecer e valorizar o impacto de suas ações como fator determinante na ocorrência das ICPSAP na infância. Assim como, para discutir entre gestores de saúde a importância de se aplicar investimentos políticos, financeiros e de recursos humanos na Atenção Primária à Saúde, impactando diretamente na redução de custos e na melhoria da qualidade da saúde de nossa população.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os atributos da atenção primária oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária, pelo diagnóstico de pneumonia e/ou asma ou doenças

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

## ANEXO D

### 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 (" <i>consulta de rotina</i> ") 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) " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " 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) " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 (**Passa para a questão F1**)
- Não sei / não lembro (**Passa para a questão F1**)

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, 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"/>
<b>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?</b>					
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"/>