

CLÁUDIA DANYELLA ALVES LEÃO

Avaliação dos atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil
na estratégia saúde da família em Montes Claros – Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes
Claros / UNIMONTES, como parte das exigências para
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros - MG
2010

- L433a Leão, Cláudia Danyella Alves.
Avaliação dos atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia saúde da família em Montes Claros - Minas Gerais [manuscrito]. / Cláudia Danyella Alves Leão. – 2010.
103 f.
- Bibliografia : f. 71-74.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ PPGCS, 2010.
Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.
1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Qualidade da assistência à saúde - saúde da criança. 4. Programa Saúde da Família – Montes Claros (MG). I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título: Um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia saúde da família em Montes Claros - Minas Gerais.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor Paulo César Gonçalves de Almeida

Vice-reitor: Professor João dos Reis Canela

Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação: Professora Sílvia Nietsche

Coordenadoria de Pós-Graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenação: Professor Paulo Rogério Ferreti Bonan

Subcoordenador: Professor João Felício Rodrigues Neto

ALUNA: Cláudia Danyella Alves Leão

TÍTULO DO PROJETO: “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária: Um Enfoque Sobre a Saúde Infantil Na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros – Minas Gerais”

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira - ORIENTADOR / PRESIDENTE

Profa. Dra. Maisa Tavares de Souza Leite – UNIMONTES

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

BANCA (SUPLENTE)

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto -UNIMONTES

Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira - UNIMONTES

APROVADA

REPROVADO

Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

Para Júlia, maior de todos os projetos realizados, e que mesmo tão pequenininha “compreendeu” tão bem que “agora mamãe precisa estudar”.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me iluminado durante todo o período de desenvolvimento deste trabalho, me dando condições de ser mãe, esposa, filha, dona de casa, enfermeira, aluna e professora. E por ter me proporcionado a graça de conceber mais um filho ao final deste processo.

Ao meu marido Wilson, pelo apoio imensurável e por compreender meus necessários momentos de isolamento;

A minha filha Júlia, que desde que nasceu e mesmo sem entender, teve que aprender a conviver com minha ausência para que eu pudesse realizar este sonho;

Ao Dr. Antônio Caldeira, por quem há muito tempo tenho total admiração e por ter aceitado ser meu orientador. Obrigada pela sua paciência, atenção e confiança depositada em mim. Você foi fundamental na minha formação profissional e humana;

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros, que me proporcionou a oportunidade de me tornar uma profissional mais qualificada;

Ao Prof. Erno Harzein, por me disponibilizar o *PCATool*, mesmo antes dos ajustes finais e por sua ajuda sempre imediata;

A Profa. Mônica Oliveira por estar sempre disponível a esclarecer as minhas necessidades. Sua ajuda foi imprescindível para a realização deste trabalho;

Ao professor João Felício e a professora Maisa Tavares pelas importantes contribuições na banca de qualificação;

As Professoras Rizoneide Negreiros e Maisa Tavares pela participação na banca de defesa;

A Profa. Marisa Fagundes, pela contribuição nas análises estatística;

A todos os professores, as secretárias Kátia e Maria do Carmo e colegas do PPGCS pela convivência construtiva e enriquecedora, durante estes dois anos;

Aos meus pais, pelo apoio incondicional em todos os momentos, tendo que muitas vezes abdicaram de seus propósitos para que eu pudesse alcançar o meu;

A minha sogra Juçara e meu sogro Antônio pelo afeto e incentivo;

Aos meus irmãos, cunhados, sobrinhos por fazerem parte da minha vida;

A tia Lourdes, pela sua presença sempre constante em minha vida;

A Vó Cilse pelo seu exemplo de força e superação;

Aos entrevistadores, André, Antônio e Luana, pela dedicação e pelo trabalho maravilhoso de vocês;

A minha amiga e colega tutora de campo, Eurides e a todos os meus residentes, que tiveram que conviver com minha ausência durante estes dois anos;

A minha amiga, desde os tempos de faculdade, Liliane, que sempre me apoiou em todas as minhas necessidades, o que inclui este mestrado;

Aos colegas da ESF que participaram da pesquisa com importantes contribuições e pelo empenho e trabalho diário junto às comunidades;

Aos cuidadores das crianças residentes nas áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família, pelo carinho e a disposição de contar-nos suas experiências ao utilizar os serviços de saúde;

A Secretaria Municipal de Saúde, pelo convênio com a Universidade Estadual de Montes Claros, permitindo a nós profissionais, o desenvolvimento de pesquisas sobre o cuidado prestado pelas equipes de Saúde da Família no nosso município;

A todos que participaram direta ou indiretamente desta caminhada.

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque em seus atributos, na saúde infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como verificar a associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional promovida pela Residência de Medicina de Família e Comunidade e pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Trata-se de pesquisa transversal, descritiva, quantitativa. Para coleta de dados utilizou-se questionário validado no Brasil denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool* infantil). O instrumento foi aplicado aos cuidadores das crianças residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes de saúde da família, em Montes Claros - MG. Foram atribuídos escores as oito dimensões da APS. Para caracterização das equipes de saúde da família e dos profissionais foi aplicado instrumento aos profissionais das unidades de saúde da família. Os resultados revelaram que apenas duas destas dimensões apresentaram valores adequados entre as crianças que utilizavam a ESF como fonte regular de atenção à saúde, e que em geral os dados não apresentam diferenças significativas entre as crianças que utilizam a ESF para as que utilizam outros serviços, exceto em três dimensões. Ao avaliar as dimensões em conjunto, encontrou-se o escore geral da APS, sendo este próximo ao ideal entre as crianças que utilizavam a ESF como fonte de atenção à saúde e estatisticamente diferente do escore atribuído pelos cuidadores que utilizavam outros serviços. Ao identificar as variáveis relacionadas com o alto escore da APS encontrou-se que utilizar a ESF como fonte regular de atenção a saúde da criança e os profissionais possuem a residência de Medicina e Comunidade ou a residência Multiprofissional em Saúde da Família está relacionado à melhor escore geral da APS. Concluiu que a ESF é o espaço preferencial para a promoção da saúde infantil, bem como as residências de medicina de família e comunidade e a multiprofissional em saúde da família apresentam potencialidades para a transformação do modelo de atenção, a partir dos atributos da APS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Programa Saúde da Família. Avaliação de serviços de saúde. Qualidade da assistência à saúde. Saúde da criança.

Evaluation of attributes of primary care: a focus on child health in the family health strategy in Montes Claros - Minas Gerais

ABSTRACT

This study has as objective to evaluate the Primary Health Care (PHC), with the focus in its attributes, the infantile health in the Family Health Strategy (FHS), as well as verifying the association among the attributes of the HPC and the professional qualification promoted by the Residence of Medicine of Family and Community and by the Residence Multiprofessional in Family Health. It is about a transversal, descriptive, quantitative research. For data collection was used a questionnaire validated in Brazil called of Instrument of Evaluation of the Primary Attention (infantile PCATool). The instrument was applied to the caregivers of children resident and registered in the cadastre of the coverage areas of the family health teams, in Montes Claros - MG. It had been attributed scores to the eight dimensions of the APS. For characterization of the teams of family health and of the professionals, instrument in the units of family health was applied. The results had revealed that only two of these dimensions had presented values adjusted among the children who used the FHS as regular source of health care, and that in general the datas do not present significant differences among the children who use the FHS for that they use other services, except in three dimensions. When evaluating the dimensions in set, it was identified, the general score of the APS, being this next one to the ideal among the children who used the FHS as source of attention to the health and statistical different of the score attributed by the caregivers that used other services. When identifying the variables related with the high score of the HPC it was identified that to use the FHS as regular source of child health care and the professionals possess the residence of Medicine and Community or the residence Multiprofessional in Family Health are related to the best general score of the PHC. It is concluded that the FHS is the preferential space for the promotion of the infantile health, as well as the residences of medicine of family and community and the multiprofessional in family health presents potentialities for the attention model transformation, from the attributes of the PHC.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Program. Evaluation of health services. Quality of health care. Children health.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA -	Associação Brasileira de Anunciantes
ABIPEME -	Associação Brasileira de Propaganda e Marketing
AIS -	Ações Integradas de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAPS -	Centro de Apóio Psicossocial
CRS	Centro Regional de Saúde
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina do Norte de Minas
IPPEDASAR -	Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária e Rural
MG -	Minas Gerais
NASF -	Núcleo de Apóio ao Saúde da Família
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool -	<i>Primary Care Assesment Tool</i>
PEA -	Fora da População Economicamente Ativa
PIASS -	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PMC -	Projeto Montes Claros
Prograb -	Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
PSF -	Programa Saúde da Família
SAMU -	Serviço Móvel de Urgência
SIAB -	Sistema de Atenção Básica
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SESP -	Serviço Especializado de Saúde Pública
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
USAID -	Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Abordagem Histórica da Assistência à Saúde no Brasil	13
1.2	O fortalecimento da Atenção Primária no Brasil: A Estratégia Saúde da Família	18
1.3	Atributos da Atenção Primária à Saúde	20
1.4	Avaliação da Atenção Primária à Saúde	21
1.5	Formação profissional no desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde	25
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	METODOLOGIA	27
3.1	Tipo de Estudo	27
3.2	Localização do Estudo	27
3.3	Sujeitos da pesquisa	27
3.4	Plano Amostral	28
3.4.1	Critérios de Inclusão	28
3.4.2	Critérios de Exclusão	28
3.5	Coleta de Dados	28
3.6	Estudo Piloto	29
3.7	Aspectos Éticos	30
3.8	Variáveis	30
3.9	Análise dos dados	31
4	RESULTADOS	33
4.1	Artigo 01: Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos usuários	34
4.2	Artigo 02: O papel da qualificação dos médicos e enfermeiros no desempenho da atenção primária à saúde	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	75
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, durante muito tempo prevaleceu uma dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência à saúde. Quase sempre as atividades assistenciais eram providas pelo setor privado. A partir da década de 70 entram em cena as ações de técnicos, profissionais e usuários do sistema de saúde - processo denominado de Movimento da Reforma Sanitária – que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80. Este período reflete o cenário internacional, onde os países buscavam vencer as barreiras que impediam a grande parte da população mundial o acesso à saúde. Ganharam força, nesse momento, o conceito e as ações de Atenção Primária a Saúde (APS), conforme proposto na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978(1).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi o modelo escolhido pelo governo brasileiro para organizar a APS no SUS. Essa deve ser organizada pelos atributos da atenção primária que valorizam a atenção acessível, integral e continuada, centrada na família e na comunidade, coordenando o indivíduo nos demais níveis do sistema. A proposta da ESF privilegia a promoção da saúde e a prevenção de doenças, permitindo a equipe multiprofissional atuar em vários estágios anteriores aos desfechos que uma população não assistida ou mal assistida de serviços de saúde de atenção primária pode estar exposta.

Há algumas décadas, os atributos da atenção primária passaram a orientar mudanças que deveriam ser implantadas nos sistemas nacionais de saúde. Para efetivar as ações baseadas em seus atributos, os governos deveriam comprometer-se em efetivamente reformular os sistemas de saúde para integrar a APS como suas atividades de desenvolvimento do setor saúde.

No presente estudo, abordou-se o percurso histórico desse processo no País. Destaque especial será assumido no processo de apresentação dos atributos da APS, que fundamentarão o enfoque avaliativo, objeto dessa pesquisa.

1.1 Abordagem histórica da assistência à saúde no Brasil

O século XX foi marcado por discussões sobre saúde e pelo desenvolvimento de diversas experiências de modelos assistenciais em todo o mundo, buscando formas de enfrentar as desigualdades e injustiças sociais que atingiam grande parte da população. Essas experiências

forneceram a base para os princípios e conceitos expressos na Declaração de Alma Ata (1978), formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Dirigida a todos os governos, orientava para a busca da promoção de saúde, configurando assim, novo paradigma sobre a saúde, que passou a ser um direito fundamental. A APS, nesse cenário, é postulada como a principal estratégia para atingir a meta de “saúde para todos”(1,2,3). Essa conferência definiu como elementos essenciais da atenção primária à saúde a educação com foco em problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (4).

A APS passou, portanto, a ser o recurso usado para compor sistemas nacionais de saúde, com repercussões em temas econômicos, políticos, ideológicos e tecnológicos (5). Na ocasião, a atenção primária a saúde foi definida como:

a atenção essencial à saúde, baseada em métodos e tecnologia prática, científica e socialmente aceitável. É de acesso universal para indivíduos e famílias na comunidade. A atenção primária é o foco central do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando-se o máximo possível do local onde vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de continuidade do processo de atenção à saúde (6).

Para compreender o caminho percorrido pela APS no Brasil é preciso entender os modelos sanitários que se sucederam desde o início do século XX, uma vez que o sistema de saúde do país sofreu constantes mudanças, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira (7).

As tendências na política de saúde do Brasil podem ser divididas em quatro etapas distintas. A primeira foi denominada de sanitarismo campanhista, pois tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até meados da década de 40. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de transição para a etapa seguinte, quando vigorou, até meados de 1980, o modelo médico assistencial privatista. Posteriormente, segue-se o modelo plural, hoje vigente, que inclui como sistema público, o Sistema Único de Saúde – SUS (7).

O momento do predomínio do sanitarismo campanhista era caracterizado por campanhas desencadeadas por instituições centralizadas de polícia sanitária destinadas a combater as endemias urbanas e, posteriormente as rurais. Consistia na interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, adotando ações de estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social (7).

Em 1920, inicia-se um movimento no Brasil, em prol da instalação de ambulatórios permanentes desenvolvendo ações polivalentes e com orientações basicamente preventivas, surgindo em 1924 os Centros de Saúde⁵, que representavam uma nova concepção de Saúde Pública, inspirados no modelo americano dos *Health Centers*, difundidos no Brasil pela Fundação Rockefeller e pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade John Hopkins. Estes centros tinham uma população definida, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção e prevenção de doenças e faziam um corte entre as ações do campo da saúde pública e o campo da atenção médica (8).

O crescimento desse movimento culminou com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e é considerado como o **primeiro ciclo** de expansão da APS no Brasil (9). O SESP foi criado como parte do esforço de guerra, num convênio entre o Governo Federal e Fundação Rockefeller, e constituiu na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas no campo das doenças infecciosas e carenciais. O SESP iniciou suas atividades inicialmente em áreas de extração de borracha e de minério. Construíram-se postos permanentes de saúde e postos rurais regionalizados e hierarquizados formando uma rede de serviços de Saúde Pública, compondo com os serviços estaduais e municipais uma rede de atenção básica, em que atuavam uma equipe multiprofissional com sanitaristas em tempo integral e uma equipe auxiliar com laboratoristas, médicos, enfermeiros e visitantes sanitários. Seu modelo de atuação era inovador, pois articulava ações de âmbito preventivo e curativo (8,9).

A partir da metade dos anos 60 destaca-se a hegemonia do modelo médico assistencial privatista, caracterizado pelo privilegiamento da prática médica curativista e especializada. Nessa ocasião, com apoio governamental, ocorre a criação de um complexo médico industrial privado, dirigido às pessoas portadoras de emprego formal (7,9). Paralelamente, nesse mesmo período, o acordo com o governo americano foi renovado e as atividades do SESP

foram ampliadas para outros estados, bem como o escopo das ações no campo da saúde pública (8).

Nos anos 70, coincidindo com o cenário internacional de emergência da APS, iniciam-se os programas para ampliar a oferta de serviços e ações médicas sanitárias. Destaca-se aqui a participação de Montes Claros na história das políticas de saúde e principalmente na construção da APS no país, através do Projeto Montes Claros (PMC) denominado de Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas. O PMC foi uma das primeiras possibilidades regionais de aplicação de diretrizes de organização e distribuição de serviços de saúde para as populações mais carentes pelo fortalecimento do setor público e da participação da comunidade. Este projeto tornou-se bandeira de luta, contra os interesses privatizantes do setor saúde e passou a ser uma experiência do movimento sanitário (10).

Segundo Escorel (10,11), o PMC teve seu desenvolvimento caracterizado por três fases, a saber:

Na primeira fase (1971-1974) foi criado o Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR), um convênio entre o governo do Estado de Minas Gerais, o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane (Estados Unidos) e a Fundação Universidade Norte Mineira, tendo como órgãos executores o IPPEDASAR, o Centro Regional de Saúde (CRS) e a Faculdade de Medicina do Norte de Minas (FAMED). Durante esse período houve disputa entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES – MG) e o IPPEDASAR, quanto a obtenção e administração dos recursos internacionais, uma vez que esta fase foi financiada pela Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), que buscavam um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde e baixo custo que pudesse ser implantado em outros locais.

A segunda fase foi marcada por nova orientação ao PMC, sobre a coordenação da SES – MG. Esta fase, entre 1975 e 1974, é considerada o PMC propriamente dito, se transformando no palco de luta pelo movimento sanitário. O projeto passa a ser denominado de Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas. É caracterizado pela organização dos serviços de saúde, propondo desenvolver todas as ações de saúde, integrais, o que incluiria as

ações curativas e preventivas. O trabalho passa a ser realizado por equipe multidisciplinar, entre eles o auxiliar de saúde, não sendo mais o médico o elemento nuclear.

A partir de outubro de 1977, abriu-se a terceira fase do PMC, incorporando-o ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS). Inicia-se, assim, o **segundo ciclo** de expansão da APS por todo o país (9). O PIASS tinha como proposta implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes, principalmente no nordeste, tendo como diretrizes a ampla utilização de profissional de nível auxiliar, ênfase na detecção de doenças transmissíveis e as mais comuns, a detecção precoce e o encaminhamento a serviços especializados dos casos mais complexos, ações de baixo custo e alta eficácia, ampliação de cobertura por unidades de saúde simples e apoiada por outras de maior porte, sistema regionalizado e hierarquizado quanto a complexidade do atendimento, integração entre as instituições e os órgãos públicos e a participação comunitária (12).

No início da década de 80 ocorreu uma crise na Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), que proporcionaram o **terceiro ciclo** de expansão da APS (9). As AIS constituíram um projeto formalizado por portaria conjunta entre o Ministério da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, buscando a reorganização institucional da assistência à saúde, com objetivo de evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias. Mas havia uma diferença fundamental com o PIASS: o convênio exigia que as unidades de saúde prestassem assistência médica à clientela previdenciária (9,12).

As AIS foram substituídas em 1987 pelo Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), visando a descentralização do sistema de saúde, pela definição das atribuições dos três níveis de governo, porém estas definições não chegaram a acontecer, com o SUDS. Em 1988 a nova Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde - SUS (11). Adotando como princípios e diretrizes a universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação social e participação complementar do setor privado, o SUS foi regulamentado por meio das leis 8080 e 8142 editadas em 1990 (13,14).

A descentralização do SUS, feita principalmente pela municipalização da saúde que começou pela transferência da rede de APS estadual para os municípios, foi seguida pelo **quarto ciclo** de expansão da APS com a criação das novas unidades básicas de saúde, pelos municípios (9).

Esse processo não apenas aumentou o número dessas unidades, como melhorou a qualidade, uma vez que um dos princípios do SUS é o da integralidade, que prevê ações de atenção mais amplas. Tratava-se, então, de buscar um modelo de saúde que pudesse colocar-se como alternativo ao modelo convencional vigente (9).

Ao longo do tempo várias propostas surgiram no país, como alternativas ao modelo convencional hegemônico e para a organização da APS. As mais importantes foram a Medicina Geral e Comunitária, o Programa de Médicos de Família de Niterói, a Ação Programática em Saúde, o Movimento em Defesa da Vida e o Programa Saúde da Família (PSF). Todas estas propostas, com exceção do PSF, foram importantes e obtiveram êxitos quanto à tentativa de proporcionar APS de qualidade, porém não garantiram a transformação do modelo convencional de saúde, uma vez que se restringiram a alguns municípios. Assim, assistiu-se uma heterogeneidade de resultados na reorientação do modelo assistencial à saúde, o que estimulou a criação do PSF, como proposta de alcançar este objetivo, através de políticas públicas de corte nacional (9,15,16).

1.2 O fortalecimento da Atenção Primária no Brasil: A Estratégia Saúde da Família

O PSF sofreu influências indiretas e externas de diferentes modelos de saúde da família, em especial os modelos canadense, cubano e inglês. Porém, sua origem está no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, como parte do programa de emergência de combate à seca. Os resultados positivos, especialmente em relação à redução da mortalidade infantil no Estado, proporcionaram a extensão a todo o país, em 1991, pelo Ministério da Saúde, sendo denominado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (9,17).

O PACS tinha o propósito central de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações em situação de maior pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer, priorizando a população materno-infantil e oferecendo procedimentos simplificados de saúde. No final de 1993, iniciou-se uma discussão com municípios já engajados no PACS e foram apontadas limitações deste modelo como instrumento suficiente para provocar mudanças efetivas na forma de organização da APS, suscitando a necessidade de uma nova estratégia estruturante. Em março de 1994, foram formadas as primeiras equipes do PSF (17).

A implantação do PSF significou o **quinto ciclo** de expansão da APS no país (9). Mas somente a partir de 1997, o PSF deixa de ser visto como um simples programa e passa a ser considerado como estratégia reorientadora e estruturante da organização do SUS, através de portaria específica.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é baseada em equipes multidisciplinares, que inclui médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista e técnico ou auxiliar de consultório dentário. Esses profissionais são responsáveis pelas ações integrais e contínuas à saúde de uma população definida. A ESF dá ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças sem descuidar da cura e reabilitação e tem seu foco de ação voltado para o coletivo (11). Este modelo de atenção reconhece a saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, tornando-o mais coerente com o conceito da atenção primária.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas para a organização da ESF, pela portaria que ampliou o escopo das ações da APS, colocando a saúde da família como porta de entrada preferencial para o SUS, como estratégia de organização dos sistemas locais de saúde, propôs uniformizar o processo de trabalho das equipes e reconheceu a ESF como modelo substitutivo em relação à rede de atenção primária (18).

Atenção básica é a expressão escolhida pelo Ministério da Saúde para abranger todas as iniciativas no primeiro nível de atenção à saúde, voltadas para a sua promoção, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação, sendo considerado sinônimo de Atenção Primária. Ressalta-se a especificidade do termo atenção básica, uma vez que ele usualmente não se encontra vinculado à idéia de APS fora do Brasil (15).

A percepção de que o simples incremento da rede ambulatorial de assistência não apresenta impacto significativo sobre muitos dos indicadores de saúde, levou a Organização Panamericana de Saúde a elaborar um documento de proposta de renovação da Atenção Primária nas Américas (OPAS/OMS). Existe um propósito claro de fortalecimento da APS, com ênfase na incorporação de valores, princípios e elementos próprios da atenção primária

efetiva, o que representa um avanço em relação ao incentivo de incremento meramente numérico sem compromisso com a qualidade (19).

1.3 Atributos da Atenção Primária à Saúde

Não existem dúvidas de que o entendimento correto do conceito da atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores. Starfield (20) define e conceitua os quatro princípios essenciais da APS:

Primeiro contato: implica na acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde, constituindo, o serviço de saúde, como porta de entrada. Mas, para isso, é necessário que o serviço seja acessível à população, eliminando as barreiras financeiras, geográficas, operacionais e culturais;

Longitudinalidade: é a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;

Integralidade: consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias;

Coordenação: implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços. Para existir coordenação do cuidado é necessário que ocorra transferência de informações sobre os problemas dos pacientes, bem como da atenção recebida em outros pontos de atenção, possibilitando assim a continuidade do cuidado.

Ademais, a autora ainda define duas outras características, chamadas de princípios derivados da atenção primária:

Centralização familiar: prevê considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde;

Orientação comunitária: pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem. Exige, pois, uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva.

Há décadas vêm se acumulando provas científicas de que os sistemas de serviços de saúde que se organizam a partir de uma atenção primária à saúde, estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores, são mais eficazes e de maior qualidade (20-26). Estudos avaliativos na área de atenção primária deveriam certificar-se da aderência aos princípios descritos, antes da análise de indicadores. Para alguns autores, é o grau de comprometimento do sistema e dos serviços de saúde com os princípios da APS que asseguram maior efetividade da atenção oferecida. Macinko e Harzheim (26) afirmam que a definição de APS deve guiar as estratégias de avaliação de serviço dos sistemas de saúde baseados neste modelo. A presença dos princípios citados é importante para identificar os serviços de APS, pois ela deve responsabilizar-se por algo mais que a demanda espontânea. Tendo, assim, que diferenciar as estratégias de APS das estratégias de “atenção mínima” à saúde. Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social.

No Brasil, os gestores já aderiram a ESF como proposta de organizar a APS, o que pode ser confirmado pelo crescimento significativo desta estratégia por todo país. Em 1994 eram apenas 328 equipes de saúde da família implantadas, em 2004 o número de equipes chegou a 21.300, em junho de 2009 eram aproximadamente 29.700 equipes, cobrindo 49,9% da população brasileira (27).

1.4 Avaliação da Atenção Primária à Saúde

A partir da criação de um programa e do seu crescimento, é importante comparar o desenho e as características da intervenção proposta com aquelas da intervenção realmente implantada, já que o processo de implementação necessariamente altera e modifica a proposta original

(28). Portanto, a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma. Entretanto, a questão fundamental a ser enfrentada é como medir, para a área da saúde, desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade e montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem conseguir melhores resultados (29).

Várias definições de avaliação têm sido apresentadas na tentativa de organizar e facilitar a prática avaliativa dentro dos serviços de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (30), a avaliação é definida como um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para gerar melhorias e mudanças das atividades realizadas, além de possibilitar o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura. Para Pabón (31), avaliar é medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparando o resultado obtido com os critérios estabelecidos, permitindo, assim, a realização de uma análise crítica considerando-se a magnitude e a direção da diferença.

Existem vários instrumentos de monitoramento da ESF, que buscam avaliar as ações e os resultados das atividades das equipes. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 1998, foi o primeiro instrumento com esta finalidade, sendo constituído por diversos relatórios que permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, além de avaliar a adequação dos serviços junto às equipes (32). A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb) constitui um software para a programação das equipes de saúde da família e dos centros de saúde, que tem como eixo estruturante a integralidade da ação e também representa um instrumento de monitoramento das ações da ESF (33). Outro instrumento proposto pelo Ministério da Saúde é a Avaliação para Melhoria de Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que representa uma metodologia de auto-avaliação. Baseada em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação, equipe e profissionais de nível superior da ESF), o projeto AMQ busca identificar os estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população (34).

O Ministério da Saúde, através da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, criada no ano de 2000, vem aperfeiçoando e criando outros instrumentos com o objetivo de avaliar as atividades da ESF (35). Entretanto, os instrumentos citados têm limitações importantes, principalmente por se tratar de instrumentos de caráter auto-avaliativo, uma vez que no âmbito da prestação de serviços os profissionais de saúde têm outras expectativas quanto a qualidade da atenção quando comparadas com a avaliação realizada pelos usuários (36,37).

Ramos e Lima (38) enfatizam a importância da avaliação sobre a perspectiva do usuário. O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento.

A literatura internacional registra outros instrumentos de avaliação da APS, como os criados por Starfield *et al.* (39,40) e validado nos Estados Unidos . Estes instrumentos permitem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde em serviços de atenção à saúde, sendo conhecido como *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. Ele avalia o grau de orientação a APS através dos seus atributos, podendo ser aplicado a profissionais de saúde ou usuários, adultos ou crianças (em versões distintas), refletindo a experiência desses diferentes grupos em relação ao serviço de saúde (39,40). Starfield (20) afirma que, ao avaliar a APS, é necessário identificar se estes serviços são orientados pelos seus atributos, uma vez que a presença e extensão destes promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, provocam impacto sobre o estado de saúde das populações e das pessoas.

Um instrumento que mensure a extensão da APS possibilita a realização de pesquisas sobre a APS no Brasil com maior rigor e qualidade. Assim, para avaliação desses serviços é necessário que se use metodologias e ferramentas que possibilitem identificar em que grau de orientação em direção a APS de qualidade se encontra as equipes de Saúde da Família. Portanto, as ferramentas e metodologias são importantes para identificar as prioridades de atuação, ordená-las e medir o alcance das ações realizadas (26).

No período entre maio e novembro de 2002, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, foi realizado estudo seccional (41) para validação da versão infantil do instrumento criado por Starfield *et al.* (40) que até então era validado na versão em inglês somente. O instrumento validado avalia a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde em serviços de atenção à saúde infantil, sendo denominado *PCATool* infantil(41). O instrumento validado no Brasil foi o destinado aos usuários (cuidadores das crianças) e sofreu algumas adaptações às características culturais e etárias da população e dos serviços de saúde nacional após aplicação do teste piloto. A versão validada ficou com 45 perguntas, sendo seis para acesso de primeiro contato, 10 para continuidade ou longitudinalidade, cinco para coordenação, 14 para integralidade, seis para orientação familiar e quatro para orientação comunitária. O *PCATool* infantil permite, por meio da experiência dos cuidadores das crianças, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações (41).

Com base em seus atributos de atenção e sua concepção integral do processo de saúde-doença, os serviços de APS são o espaço preferencial para a promoção da saúde infantil no âmbito sanitário. Ao prover cuidado de primeiro contato, contínuo, com ênfase em atividades de promoção e prevenção e forte componente de orientação familiar, os serviços da APS possibilitam todas as condições para um acompanhamento de qualidade da saúde da população infantil adscrita a eles (42).

Como demonstrou Harzheim *et al.*(42), a quantidade de pesquisas em nosso país, relacionada à APS está aquém do número realizado em países caracterizados por uma um sistema atenção primária forte (Reino Unido, Canadá, Espanha). Em relação à efetividade da APS sobre a saúde infantil no Brasil, também são poucos os estudos que medem as características desta atenção, dificultando a identificação das variáveis desse processo que se relacionassem com os atributos da APS.

Verifica-se, ainda, a necessidade da comunidade científica brasileira dedicar-se ao desenvolvimento de pesquisas com um maior nível de evidência nessa área. Essa reorientação da atividade de pesquisa contribuiria para a busca de respostas locais aos problemas de saúde, cumprindo com a adequação dos serviços de APS à realidade local. É na comunidade onde os diversos atores envolvidos no processo saúde-doença interagem e atuam. O conhecimento

aprofundado desse cenário possibilitaria a construção de alternativas efetivas na busca de uma vida com mais saúde e qualidade para as crianças da área de atuação das ESF (43).

1.5 Formação profissional no desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde

É muito difícil a discussão acerca de mudança de modelo assistencial em saúde, sem a inserção de temática que envolva recursos humanos. É imprescindível, portanto, discutir sobre a formação de recursos humanos para o SUS, buscando encontrar as melhores alternativas para garantir que as práticas profissionais atendam os desafios que são colocados para a implantação de uma APS de qualidade.

Estudos demonstram que o aumento quantitativo das equipes de saúde da família não tem garantido a mudança do modelo de saúde hegemônico, que sempre valorizou as práticas médicas, curativistas, especializadas e hospitalocêntricas, devido a falta de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo (44,45).

As mudanças ocorridas nos cursos de graduação, na tentativa de formar profissionais mais qualificados para a assistência na APS não tem obtido resultados, pois são lentas e heterogêneas e não acontecem da mesma forma em todas as instituições (46). Este fato passa a exigir uma formação no âmbito de pós-graduação para o exercício competente das práticas usuais dessa área.

Existem, pelo menos, três tipos de pós-graduação *lato sensu*: a residência médica, os cursos de especialização e as residências multiprofissionais (47). A especialização na modalidade de residência na área de saúde da família é, para o médico, conhecida como Residência de Medicina de Família e Comunidade. Para as demais categorias, existe a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Estas foram concebidas para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos egressos dos cursos de medicina e enfermagem, uma formação mais voltada às necessidades da ESF (48).

As experiências promovidas pelas Residências podem representar oportunidade para uma reflexão em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais coerente com o que se propõe a ESF (48).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros – MG

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade da atenção primária por meio da presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, nos serviços de saúde recebidos pela população infantil, das áreas adscritas da ESF, através dos cuidadores das crianças.
- Aferir escores para cada atributo da APS e suas subdimensões, identificando aqueles que precisam ser reforçados.
- Verificar a associação entre os atributos do cuidado primário e algumas características do grupo estudado.
- Verificar a associação entre os atributos do cuidado primário e características dos profissionais de nível superior e da população estudada.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Para o desenvolvimento do trabalho, optou-se por um estudo transversal, descritivo, analítico, de abordagem quantitativa.

3.2 Localização do Estudo

O estudo foi realizado no município de Montes Claros, localizado na região Norte do Estado de Minas Gerais. A população local é estimada em mais de 350.000 pessoas (49). A cidade representa o principal pólo urbano da região, sendo referência na área de saúde para toda a macrorregião Norte e Nordeste de Minas e Sul da Bahia, o que representa uma população de aproximadamente 1,5 milhão de habitantes.

Informações pertinentes a este estudo são aquelas referentes à assistência dos serviços de atenção à saúde no município. A cidade contava à época da coleta de dados com 49 equipes de saúde da família (44 localizados na zona urbana e cinco na zona rural), 15 PACS e 10 centros de saúde, sendo estes últimos responsáveis pela parte da população que não possui cobertura da ESF e cinco Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF). O total de população coberta pela ESF/PACS corresponde a aproximadamente 50% da população total do município. Quanto aos serviços hospitalares, a cidade conta com cinco hospitais gerais, três deles com pronto-socorros continuamente abertos, um pronto atendimento 24 horas e um hospital psiquiátrico, dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), duas policlínicas e um Serviço Móvel de Urgência - SAMU 192 (50). Todos estes serviços prestam atendimento pelo SUS.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

A população alvo do presente estudo foi constituída pelas crianças de zero a dois anos residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes da ESF. Foram incluídas apenas as equipes de saúde da ESF localizadas na zona urbana, que estavam em funcionamento por no mínimo um ano do início da coleta de dados.

O critério de inclusão das equipes apenas da área urbana foi estabelecido por limitações logísticas. A determinação de se incluir equipes ativas há mais de um ano objetivou a incorporação de dados referentes a um maior contato temporal entre a população e os serviços de saúde. Após aplicação dos critérios apresentados a população identificada foi de 3.647 crianças, distribuídas em 43 equipes.

3.4 Plano Amostral

As crianças foram selecionadas através de amostragem aleatória simples, a partir do cadastro das mesmas nas unidades da ESF.

O cálculo amostral deste estudo definiu a necessidade de alocação de 350 crianças, considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

3.4.1 Critérios de Inclusão

Para as crianças:

- Ser habitante da área de cobertura da ESF durante todo seu período de vida (0-2 anos);
- Ter menos de dois anos de idade;
- Ter utilizado, no último ano, pelo menos uma vez o serviço da ESF.

Para o cuidador:

- Ter mais de 15 anos de idade.

3.4.2 Critérios de exclusão

Para o cuidador:

- Não ter condições físicas/mentais para responder ao questionário.

3.5 Coleta de dados

Para coleta de dados, que ocorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2009, foi utilizado instrumento elaborado e validado no Brasil, por Harzheim et al (41) que mede a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em serviços de atenção à saúde infantil,

chamado *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool* – do inglês *Primary Care Assessment Tool*). A versão validada do *PCATool* infantil possui além de questões para avaliar os atributos da APS, três perguntas que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde. O questionário possui perguntas estruturadas e de fácil compreensão e foi aplicado ao cuidador principal da criança, no domicílio das mesmas. As respostas são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo (Anexo A).

Também foram coletados dados em relação às características demográficas e socioeconômicas e tempo de utilização do serviço de saúde pela família das crianças selecionadas (Apêndice A).

A aplicação dos questionários foram realizados no domicílio dos entrevistados, sendo os horários das visitas de acordo com a disponibilidade dos cuidadores.

Para caracterização das equipes de saúde da família e dos profissionais de nível superior, foi aplicado instrumento em cada equipe, aos profissionais médicos e enfermeiros que atuavam na equipe (Apêndice C).

Para aplicação dos questionários, foi realizada seleção para definir os entrevistadores, que eram alunos do curso de graduação em enfermagem e tinham interesse em participar das atividades de campo. Após a seleção, eles passaram por treinamento teórico-prático e receberam manual de instrução (Anexo B e Apêndice B) contendo as orientações sobre as etapas da entrevista.

3.6 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado após o treinamento dos entrevistadores e antes da período da coleta de dados, nas unidades da ESF, com os cuidadores das crianças que não fizeram parte da amostra, permitindo que fossem testados na prática o questionário e desempenho dos próprios entrevistadores. Após esta fase, a pesquisa de campo foi iniciada. Não foram necessários ajustes no instrumento de coleta de dados.

3.7 Aspectos Éticos

Ressalta-se que este estudo foi realizado com a anuência formal da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros – MG (Anexo D). Após a autorização da instituição, foram entrevistados os usuários que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias (Anexo C), que atende a Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, estipulando normas éticas regulamentadoras de pesquisas, que envolvem os seres humanos.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, parecer número 1117/2008 (Anexo E).

3.8 Variáveis

O tipo de serviço preferencial para atendimento à saúde foi classificado em seis tipos: emergência de hospital, consultório específico de um médico dentro do hospital, consultório específico de um médico fora do hospital, clínica privada, centro de saúde, unidade de saúde da família. Foi definido como usuário de cada tipo de serviço o cuidador que referia o mesmo local de atendimento para as três questões iniciais do *PCATool* referentes a utilização e vínculo (Anexo A). Caso o usuário referisse dois serviços diferentes para as perguntas iniciais, era identificado o serviço que foi referido duas vezes. Caso o usuário referisse três distintos serviços para as três perguntas, era identificado o serviço referido na primeira pergunta. Se para as três perguntas houvesse resposta negativa, era identificado o serviço que a criança havia consultado pela última vez. A partir deste ponto todo o questionário era realizado com base no serviço identificado. Posteriormente, os serviços referidos foram dicotomizados em “saúde da família” (para os cuidadores que referiam a ESF) e “outros serviços” (para os cuidadores que referiam serviço que não fosse a ESF).

A partir do número de vezes que um serviço era referido para as três questões iniciais do *PCATool*, era identificado o grau de afiliação com o serviço preferencial pelo cuidador. Quanto mais citado o mesmo serviço para as perguntas iniciais, maior o grau de afiliação daquele usuário com o serviço referido.

Foram também aferidas variáveis relacionadas às características socioeconômicas e demográficas. Para renda familiar foi utilizado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil de 2005 (Critério Brasil) que entrou em vigor em 2008 (51). Criado pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e pela Associação Brasileira de Propaganda e Marketing (ABIPEME), o Critério Brasil divide a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo. Consiste em uma escala ou classificação socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família (51).

A profissão do pai, mãe e cuidadores foram classificadas em Proprietários/Profissões de nível superior; Especializados/Semi-especializados; Trabalhadores não qualificados e os Fora da População Economicamente Ativa – PEA (52).

Foram aferidas ainda variáveis relacionadas às características dos serviços de saúde da família e dos profissionais de nível superior que atuam nestes serviços.

3.9 Análise dos dados

Cada questionário coletado, ao ser entregue a pesquisadora, era analisado para verificação de possíveis erros e, quando necessário, devolvido ao entrevistador para as correções. Os dados foram lançados em um banco de dados do SPSS *for windows* versão 15.0.

Para avaliar a qualidade da APS foram calculados os seguintes escores (53):

- Escore de cada atributo: obtido através da média dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão do PCATool.
- Escore Essencial: obtido através da média dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, coordenação, integralidade e grau de afiliação);
- Escore Derivado: obtido através da média dos atributos derivados (orientação familiar e comunitária);
- Escore Geral da APS: valor médio dos atributos essenciais e derivados e o do grau de afiliação.

Foram considerados altos escores, os valores iguais ou maiores a 6,6 (seis virgula seis), que equivalem a um ajustamento dos escores apontados na escala de Likert original a uma escala entre zero e 10, para cada um dos atributos avaliados, conforme recomendação dos estudos mais recentes que aplicam o mesmo instrumento (53).

Para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviços, foi utilizado o teste “t” de Student e para análise das proporções utilizou-se do teste do qui-quadrado de Pearson. Foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Buscando associação entre o grau de orientação para a APS e características socioeconômicas e demográficas, características das unidades de saúde da família e formação dos profissionais que atuam no saúde da família, ajustou-se um modelo de regressão de Poisson, sendo estimado a razão de prevalência e o intervalo de confiança de 95%.

4 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados alcançados com o desenvolvimento deste estudo.

Foram elaborados dois artigos científicos. O primeiro artigo apresentado, “Atributos da Atenção Primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos usuários” foi enviado para a Revista Cadernos de Saúde Pública. O segundo artigo, “O papel da qualificação de médicos e enfermeiros no desempenho da Atenção Primária à Saúde” foi submetido à Revista de Saúde Pública. A apresentação dos artigos seguirá, portanto, a formatação dos respectivos periódicos.

4.1 Artigo 01

Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos usuários

Attributes of primary health care in the child: assessment of users

Claudia Danyella Alves Leão¹

Antônio Prates Caldeira²

Mônica Maria Celestina de Oliveira³

¹Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. claudiadanyella@hotmail.com

²Médico, Professor Doutor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. antonio.caldeira@unimontes.br

³Estatística, Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. olivmonica@gmail.com

Autor para correspondência: Antônio Prates Caldeira. Avenida Cula Mangabeira nº 1562 – Santo Expedito Montes Claros – MG. CEP: 39401-002 Telefones: (38) 3222 - 3879/9986-8621.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado Profissionalizante em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – MG.

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS), com enfoque sobre a saúde infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa. Para coleta de dados utilizou-se questionário validado no Brasil denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na versão infantil (*PCATool* infantil). O instrumento foi aplicado aos cuidadores das crianças residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes de saúde da família, em Montes Claros - MG. Foram atribuídos escores as oito dimensões da APS. Os resultados revelaram que apenas duas destas dimensões apresentaram valores adequados entre as crianças que utilizavam a ESF como fonte regular de atenção à saúde, e que em geral os dados não apresentam diferenças significativas entre as crianças que utilizam a ESF para as que utilizam outros tipos de serviço, exceto na integralidade (serviços complementares disponíveis), orientação familiar e comunitária. Ao avaliar os atributos em conjunto, encontrou-se o escore geral da APS, sendo este valor próximo ao ideal entre as crianças que utilizavam a ESF como fonte de atenção à saúde e estatisticamente diferente do escore atribuído pelos cuidadores que utilizavam outros serviços.

Descritores: Atenção Primária em Saúde. Programa Saúde da Família. Avaliação de serviços de saúde. Saúde da Criança.

ABSTRACT

This study has as objective to evaluate the attributes of the health primary care (PHC), with the focus on the infantile health in the Family Health Strategy (FHS). It is about a transversal, descriptive research, of quantitative approach. For data collection was used a questionnaire validated in Brazil called of Instrument of Evaluation of the Primary Attention in the infantile version (infantile *PCATool*). The instrument was applied to the caregivers of children resident and registered in the cadastre of the coverage areas of the family health teams, in Montes Claros - MG. It had been attributed scores to the eight dimensions of the APS.

The results had revealed that only two of these dimensions had presented values adjusted among the children who used the FHS as regular source of health care, and that in general the data do not present significant differences among the children who use the FHS for that they use other kind of services except in the completeness (available complementary services), familiar and communitarian orientation. When evaluating the attributes in set, it was identified a general score of the PHC, being this value next to the ideal among the children who used the ESF as source of attention to the health and statistical different of the score attributed by the caregivers that used other services.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Program. Evaluation health services. Children health.

Introdução

O século XX foi marcado por discussões sobre saúde e pelo desenvolvimento de diversas experiências de modelos assistenciais em todo o mundo, buscando formas de enfrentar as desigualdades e injustiças sociais que atingiam grande parte da população. Essas experiências forneceram a base para os princípios e conceitos expressos na Declaração de Alma Ata (1978), formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi postulada, a partir de então, como a principal estratégia para atingir a meta de “saúde para todos”^{1,2}.

No Brasil, várias propostas surgiram como alternativas ao modelo de saúde vigente na tentativa de organização da APS, como a da Medicina Geral e Comunitária; o Programa de Médicos de Família de Niterói, as Ações Programáticas em Saúde e o Movimento em Defesa da Vida³. Todas estas propostas foram importantes e exitosas, porém não garantiram a transformação do modelo convencional de saúde uma vez que se reduziram a alguns municípios. Assim, assistiu-se uma heterogeneidade de resultados na reorientação do modelo assistencial à saúde, o que estimulou a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), como proposta de alcançar este objetivo, através de políticas públicas de corte nacional.

A ESF é baseada em equipes multidisciplinares, que são responsáveis pelas ações integrais e contínuas à saúde de uma população definida. A proposta dá ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sem descuidar da cura e reabilitação e, tem seu foco de ação voltado para o coletivo⁴. Este modelo de atenção reconhece a saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, o que o torna mais coerente com o conceito da atenção primária.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas para a organização da ESF. Através de portaria específica, ampliou o escopo das ações da APS, colocando a saúde da família como porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) e como estratégia de organização dos sistemas locais de saúde. Propôs, dessa forma, uniformizar o processo de trabalho das equipes e reconheceu a ESF, crescente em todo o País, como modelo substitutivo em relação à rede de atenção básica⁵.

A percepção de que o simples incremento da rede ambulatorial de assistência não apresenta impacto significativo sobre muitos dos indicadores de saúde, levou a Organização Panamericana de Saúde a elaborar um documento de proposta de renovação da Atenção Primária nas Américas⁶. Existe um propósito claro de fortalecimento da APS, com ênfase na

incorporação de valores, princípios e elementos próprios da atenção primária efetiva, o que representa um avanço em relação ao incentivo de incremento meramente numérico, sem compromisso com a qualidade⁶.

Não existem dúvidas de que o entendimento correto do conceito da atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores. Starfield⁷ (2002) define os quatro atributos essenciais da APS: primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, integralidade e coordenação. A autora ainda define duas outras características, chamadas de atributos derivados: centralização familiar e orientação comunitária.

Há décadas vêm se acumulando provas científicas de que os sistemas de serviços de saúde que se organizam a partir de uma atenção primária à saúde, estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores, são mais eficazes e de maior qualidade⁸⁻¹². Estudos avaliativos na área de atenção primária deveriam certificar-se da aderência aos princípios descritos, antes da análise de indicadores. Para alguns autores, é o grau de comprometimento do sistema e dos serviços de saúde com os princípios da APS que asseguram maior efetividade da atenção oferecida¹³. Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social¹⁴.

A literatura registra instrumentos já validados de avaliação da APS, com ênfase na aferição da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde^{15,16}. O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) já foi validado no Brasil e possibilita avaliar o grau de orientação a APS através dos seus atributos, podendo ser aplicado a profissionais de saúde ou usuários, adultos ou crianças (em versões distintas), refletindo a experiência desses diferentes grupos em relação ao serviço de saúde¹⁷.

O presente estudo teve como objetivo avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil na Estratégia Saúde da Família, o que representa uma abordagem inédita para o instrumento no País.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do trabalho, optou-se por um estudo transversal, descritivo, analítico, de abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado no município de Montes Claros, localizado na região Norte do Estado de Minas Gerais. A cidade possui população local estimada em mais de 350.000

pessoas. Quanto aos serviços de atenção primária, a cidade contava à época da coleta de dados com 49 equipes de saúde da família, (44 localizados na zona urbana e 05 na zona rural) 15 PACS, cinco Núcleos de Apoio ao Saúde da Família e 10 centros de saúde, sendo estes últimos responsáveis pela parte da população que não possui cobertura da ESF.

A população alvo do presente estudo foi constituída pelas crianças de zero a dois anos de idade, residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes da ESF do município. Foram incluídas apenas as equipes de saúde localizadas na zona urbana, que estavam em funcionamento por no mínimo um ano do início da coleta de dados. O critério de inclusão das equipes apenas da área urbana foi estabelecido por limitações logísticas. A determinação de se incluir equipes ativas há mais de um ano objetivou a incorporação de dados referentes a um maior contato temporal entre a população e os serviços de saúde. Após aplicação dos critérios apresentados a população identificada foi de 3.647 crianças, distribuídas em 43 das equipes.

As crianças foram selecionadas através de amostragem aleatória simples, a partir do cadastro das mesmas nas unidades da ESF. O cálculo amostral deste estudo definiu a necessidade de alocação de 350 crianças, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a partir de uma prevalência do evento estudado de 50%. Esse valor é habitualmente tomado como uma estimativa conservadora, pois aumenta o número da amostra.

Foi utilizado, para coleta de dados, instrumento elaborado e validado no Brasil, por Harzheim *et al.*¹⁷ que mede a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em serviços de atenção à saúde infantil. A versão validada possui 45 perguntas (seis para acesso de primeiro contato, 10 para continuidade ou longitudinalidade, cinco para coordenação, 14 para integralidade, seis para orientação familiar e quatro para orientação comunitária) e três perguntas iniciais que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde. As respostas são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo.

Também foram coletados dados sobre características demográficas, socioeconômicas e tempo de utilização do serviço de saúde pela família das crianças selecionadas. A entrevista foi realizada com o cuidador principal das mesmas nos domicílios das crianças.

O tipo de serviço preferencial para atendimento a saúde da criança, foi definido pelo cuidador a partir das três questões iniciais do *PCATool*. Caso o usuário referisse dois serviços diferentes para as perguntas iniciais, era identificado o serviço que foi referido duas vezes. Se o usuário referisse três distintos serviços para as três perguntas, era identificado o serviço referido na primeira pergunta. Se para as três perguntas houvesse resposta negativa, era identificado o serviço que a criança havia consultado pela última vez. A partir deste ponto

todo o questionário era realizado com base no serviço identificado. Posteriormente, os serviços referidos foram dicotomizados em “saúde da família” (para os cuidadores que referiam a ESF) e “outros serviços” (para os cuidadores que referiam serviço que não fosse a ESF).

Os dados foram lançados em um banco de dados do SPSS *for windows* versão 15.0.

Para aferição da qualidade da APS foram calculados os escores de cada atributo, o escore essencial (obtido pela média dos atributos essenciais e do grau de afiliação), o derivado (obtido pela média dos atributos derivados) e o escore geral da APS (valor médio dos atributos essenciais e derivados e o do grau de afiliação)¹⁸.

Valores iguais ou maiores a 6,6 foram considerados altos escores e equivalem a um ajustamento dos escores apontados na escala de Likert original a uma escala entre zero e 10, para cada um dos atributos avaliados²².

Para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviços, foi utilizado o teste “t” de Student e para análise das proporções utilizou-se do teste do qui-quadrado de Pearson. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$).

Buscando associação entre o grau de orientação para a APS e características socioeconômicas e demográficas, ajustou-se um modelo de regressão de Poisson, sendo estimada a razão de prevalência e o intervalo de confiança de 95%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de Montes Claros (Parecer 1117/2008).

RESULTADOS

A coleta de dados foi concluída dentro do cronograma proposto, com apenas duas recusas. Os principais cuidadores referidos para as crianças foram as mães (88,6%) e os avós (5,1%). Das crianças selecionadas, 177 (50,6%) eram do sexo feminino. A média de idade do grupo estudado foi de 12,7 meses ($DP \pm 6,7$ meses) e 213 (60,9%) crianças possuem irmãos, sendo que destas 101 (28,9%) possuem dois ou mais irmãos. Observou-se que 272 (77,7%) dos entrevistados identificaram a ESF como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças enquanto 78 (22,3%) consideraram outros serviços. A tabela 1 apresenta algumas dessas características sociodemográficas da amostra, segundo a fonte regular de atenção para o cuidado de saúde da criança. O grupo estudado mostrou-se diferente em relação às seguintes variáveis: idade da mãe, número de irmãos, número de pessoas na família, número de cômodos no domicílio, classe econômica e escolaridade materna.

A tabela 2 apresenta as características de utilização dos serviços de saúde para o grupo estudado, segundo a fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças. O grupo de cuidadores, que referiram a ESF como fonte regular de atenção à criança possuíam crianças com menos patologias crônicas e percebiam este serviço como uma destinação a ele, enquanto o grupo de cuidadores que referiam outro tipo de serviço, possuíam crianças com mais patologias crônicas e tinham este serviço como uma escolha da família.

A tabela 3 expressa os escores dos atributos da APS, aferidos a partir da percepção dos cuidadores entrevistados, para a ESF e para os outros tipos de serviço. Registrou-se valores satisfatórios ($\geq 6,6$) apenas para os atributos da longitudinalidade e integralidade (ações de promoção e prevenção), para ambos os serviços. A coordenação apresentou valor satisfatório exclusivamente entre os cuidadores que referiram outros serviços como fonte regular de atenção à saúde da criança. As médias dos escores da APS mostraram-se superiores às médias dos escores dos outros serviços, exceto para coordenação e integralidade (serviços básicos disponíveis), mas com diferenças estatisticamente significante apenas para integralidade (serviços complementares disponíveis), orientação familiar e orientação complementar. Na análise conjunta dos atributos o escore geral foi estatisticamente superior entre os cuidadores das crianças que tinham a ESF como fonte regular de atenção à saúde.

Durante a análise dos dados, buscou-se identificar as variáveis que poderiam estar relacionadas com uma melhor avaliação dos cuidados percebidos pelo serviço identificado como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças. Nesse sentido, o grupo foi dicotomizado não em relação ao serviço preferencial, mas em relação ao escore atribuído a este serviço. Tal análise foi realizada através do Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$), entre as crianças da amostra global. A tabela 4 mostra os resultados dessa análise. A partir dos resultados dessa tabela, tomando-se todas as variáveis com nível de significância de até 25% ($p < 0,25$), realizou-se uma análise de regressão múltipla (Regressão de Poisson) para definir um modelo explicativo final. Esse modelo ficou definido pelas variáveis “serviço fonte regular de atenção” (RP=1,24 e IC95%=1,11-1,39) e “número de atendimentos” (RP=1,13 e IC95%=1,02-1,25), revelando que os cuidadores das crianças assistidas pela ESF e que já haviam realizado mais de dez atendimentos atribuíam melhores escores aos locais de referência.

Para uma análise específica das crianças cujos cuidadores referiam a ESF como fonte regular de atenção (n=272), buscou-se conhecer as características que pudessem estar associadas com melhor avaliação da estratégia, através do Alto Escore Geral da APS (Tabela 5). Apenas a escolaridade materna mostrou-se estatisticamente associada a maiores escores.

Discussão

No presente estudo, a avaliação dos serviços de saúde utilizando um instrumento validado permitiu a comparação da qualidade destes serviços dirigidos à população infantil, através da medida da extensão dos atributos da APS.

A identificação da ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde das crianças foi observada para a maioria dos entrevistados no presente estudo (77,7%), mostrando semelhança com pesquisas realizadas em Diamantina (MG) por Ribeiro¹⁹ e em Porto Alegre (RS) por Harzheim²⁰, onde os valores encontrados foram de 77,6% e 74,4%, respectivamente.

Os dados da tabela 1 mostram que as crianças que utilizavam a ESF, apresentam maior número de irmãos, menor idade materna, maior número de pessoas por domicílio, menos cômodos no domicílio, menor renda familiar pelo critério ABIPEME e menor escolaridade materna em relação às crianças que utilizavam outros tipos de serviço, apontando que as crianças que procuram a ESF como fonte regular de atenção apresentam maior vulnerabilidade socioeconômica. Estes resultados assemelham-se com os encontrados em outros estudos, onde os estratos mais pobres utilizam os serviços de atenção primária como fonte regular de assistência à saúde^{11,20,21}.

As famílias das crianças que usam a ESF como serviço regular de assistência referem a opção por este tipo de serviço como uma destinação a ele (devido residirem na área de abrangência) e não como uma opção da família/cuidador. Vários estudos têm avaliado os motivos que levam a população a escolherem o local para acompanhamento de saúde, estando entre os mais referidos a proximidade da moradia e a qualidade do atendimento^{22, 23}.

A tabela 4 mostra os escores de cada atributo da APS entre os serviços identificados como fonte regular de atenção pelos cuidadores. Chama a atenção, de início, que em geral os escores da ESF são mais altos do que os dos outros tipos de serviço, ainda que não apresente uma diferença significativa, mostrando uma possível tendência de maior adesão aos atributos da APS para os serviços da ESF em relação aos demais.

Destaca-se ainda os baixos escores para a maioria dos atributos avaliados. Em ambos os tipos de serviços de saúde foram registradas percepções inadequadas para tais atributos. Somente a longitudinalidade e a integralidade (ações de promoção e prevenção recebidos) foram classificados com alto escore ($\geq 6,6$) para ambos os serviços.

No atributo do primeiro contato os escores assemelham-se entre si tanto para a ESF como para os outros tipos, demonstrando que ainda existem barreiras que dificultam o acesso

das crianças aos serviços de saúde. Fato também identificado em outros estudos semelhantes^{9,20}.

A presença adequada da longitudinalidade é um fator essencial para o sistema de saúde, pois este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade²⁴.

A coordenação obteve valor próximo ao ideal, não sendo percebidas diferenças nas avaliações da ESF e dos outros tipos de serviço. O valor obtido sugere uma coordenação relativamente adequada, o que também está em consonância com outros estudos^{9,12}.

Analisando a integralidade verificou-se que a dimensão “ações de promoção e prevenção recebidas” estão efetivamente sendo executadas pelas equipes de saúde da família, o que já demonstra uma mudança do modelo assistencial de saúde no país, onde as organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual²⁵. Em relação às dimensões da integralidade “serviços básicos disponíveis” e “serviços complementares disponíveis”, observou-se valor do escore aquém do ideal, o que também foi observado no estudo de Haerzheim²⁰. Este fato demonstra a necessidade das unidades de saúde da ESF disponibilizarem mais serviços para atenderem às necessidades básicas de saúde da população, incluindo insumos como vacinas e medicamentos. Registra-se também a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais em relação aos cuidados no manejo das condições mais comuns e de grande impacto na saúde geral das famílias e da comunidade (alcoolismo, uso de drogas, saúde mental, entre outros). Torna-se necessário o aumento do escopo de atuação dos serviços de saúde, o que pode ser corroborado por Harzheim²⁰.

Intuitivamente, espera-se que elevados escores de longitudinalidade sejam acompanhados também de escores mais elevados para o atributo de orientação familiar. Contudo, no presente estudo, verificou-se que o escore do atributo da orientação familiar não apresentou valor satisfatório em nenhum dos serviços avaliados, apesar de elevados escores de longitudinalidade. Destaca-se, porém que houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos serviços e as equipes de saúde da família foram mais bem avaliadas em relação aos demais serviços, o que também foi confirmado em estudos semelhantes^{9,11,12,20}. Confirma-se, assim, que a ESF possui maior interação da equipe de saúde com a unidade social que é a família.

O atributo da orientação comunitária apresentou-se escores bastante distintos. Esta diferença, estatisticamente significativa e também a favor da ESF, foi confirmada por outros

estudos^{11,12,20}. Alguns fatores parecem estar relacionados com a melhor efetividade da orientação comunitária na ESF, como as ações de visita domiciliar que são realizadas por todos os profissionais, mas principalmente pelos agentes comunitários de saúde, o que facilita a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade.

Quando se analisou o valor do escore essencial, percebeu-se que os serviços de saúde escolhidos pelos cuidadores como fonte regular de atenção à saúde da criança estão fornecendo atenção em consonância com os atributos essenciais da APS. Em relação ao valor do escore derivado ainda é necessário que os serviços de saúde aprimorem as ações que têm como foco a família e a comunidade, mas é importante enfatizar que a ESF está com valor do escore derivado acima do dobro em relação aos outros serviços. A análise conjunta dos atributos – escore geral – registra que a ESF está próximo do ideal e apresenta diferença estatisticamente superior em relação aos outros tipos de serviço.

Um dado relevante neste estudo se deve ao fato de que os atributos da APS foram avaliados segundo a percepção do usuário, e esses tendem a avaliar os serviços de saúde de maneira menos favorável do que quando são avaliados pelos profissionais que atuam no serviço^{11,12}. É possível, portanto, que uma abordagem ampliada do processo avaliativo dos atributos da APS registre melhores escores com a inserção de novos atores sociais.

A tabela 4 mostra que utilizar a ESF como fonte regular de atenção e ter realizado mais consultas no serviço referido (> 10 vezes) são variáveis que estão associadas com melhor avaliação do serviço (Alto Escore Geral da APS). Ao realizar a regressão de Poisson observou-se que os cuidadores que utilizavam a ESF como referência para atendimento a saúde da criança tem chance de atribuir melhores escores aos locais de referência (RP=1,24; IC95%=1,11-1,39), quando comparados com os cuidadores que utilizavam outros tipos de serviço. Quanto ao número de consultas, as famílias cujas crianças realizaram mais de 10 tendem a atribuir melhores escores quando comparadas com as demais (RP=1,13; IC95%=1,02-1,25).

Apenas a escolaridade materna maior que oito anos mostrou-se estatisticamente associada com melhores escores atribuídos a ESF para o grupo de usuários que utiliza apenas esse serviço como fonte regular de atenção à saúde. Não foram identificados estudos com resultados semelhantes na literatura nacional. Contudo, a pesquisa realizada por Ibañez *et al*¹⁰ que comparou os escores dos atributos da APS entre grupos de municípios que tinham indicadores sociais menos favoráveis com grupos que tinham estes indicadores mais favoráveis, verificou uma associação positiva entre melhores indicadores sociais e maiores escores atribuídos a ESF.

Foi possível concluir com este estudo que o *PCATool* infantil representa uma estratégia de avaliação e comparação da estrutura e processo dos serviços de APS dirigidos à população infantil. A APS de qualidade é uma estratégia efetiva na busca de maior promoção da saúde, prevenção de doenças, melhor estado de saúde das crianças e maior satisfação dos cuidadores.

Pode-se afirmar que mesmo não estando todos os atributos adequados a ESF é o espaço preferencial para a promoção da saúde infantil no âmbito sanitário. Entretanto, esses serviços necessitam reformulações em aspectos de sua estrutura e processo para oferecerem APS na qualidade que se propõe.

Os resultados devem ser interpretados considerando algumas limitações. O presente estudo apresenta apenas a visão do usuário, o que representa uma avaliação mais crítica do que aquela realizada por outros atores sociais. Também é preciso destacar que os resultados são restritos a um único município. Todavia, a carência de estudos nacionais sobre o tema aponta para a relevância de avaliações similares. Para a consolidação do modelo assistencial proposto pela ESF são necessários estudos contínuos, que possibilitem avaliar a evolução dos atributos da APS nos serviços de saúde, em diferentes perspectivas.

REFERÊNCIAS

- 1- Tejada de Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después. Rev Perspectiva de Salud 2003; 8(1): 2-7.
- 2- Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cad Saúde Pública 2002; 18: 23-36.
- 3- Malta DC, Santos FP. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. Rev Med Minas Gerais 2003; 13(4):251-9
- 4- Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, 2000 jun; 34(3): 316-319
- 5- Brasil. Portaria nº. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
- 6- Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington DC: Organização Mundial da Saúde; 2005.

- 7- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- 8- Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.
- 9- Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK, Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17.
- 10- Ibañez N, Rocha JSY, Viana ALA, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703.
- 11- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Gomes A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social em São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11: 633-41.
- 12- Van Stralen CJ, Belisário AS, Van Stralen TBS, Lima, AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(suppl 1): 148-58.
- 13- Macinko J, Harzheim E. Instrumento de avaliação da atenção primária – sua utilização no Brasil. *Rev Brasileira Saúde da Família*. Brasília 2007;14: 4-7.
- 14- Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde* 2004;18(1):23-40.
- 15- Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the adult primary care assessment Tool. *J Fam Pract* 2001, 50(2):161-75.
- 16- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Clinical Care for Children: measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105 (4): 998-1003.
- 17- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1649-59.
- 18- Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 19- Ribeiro LCC. Acolhimento as crianças na atenção primaria à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

- 20- Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese]. Alicante (Espanha): Universidade de Alicante; 2004.
- 21- Silva NN, Pedroso LC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. Rev Saúde Pública 2000; 34(1):44-49.
- 22- Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Rev Saúde Pública 2000, 34(6): 603-9
- 23- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19(1):27-34.
- 24- Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev Bras Epidemiol 2006; 9(1): 147-49.
- 25- Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(2): 569-84.

TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das crianças e das suas famílias, por tipo de serviço referido como fonte regular de atenção à saúde. Montes Claros (MG), 2009.

Variáveis	ESF		Outros serviços		p-valor*
	n (%)	Média (DP)	n (%)	Média (DP)	
Idade das crianças em meses		12,8 ± 6,7		12,4 ± 6,7	0,667
Idade das mães em anos		25,8 ± 6,0		27,3 ± 5,7	0,041 #
Idade dos pais em anos		29,6 ± 7,6		30,8 ± 6,9	0,205
Número de irmãos		1,3 ± 1,6		0,9 ± 0,9	0,018 #
Número de pessoas na família		4,6 ± 1,6		4,2 ± 1,3	0,024 #
Número de cômodos		4,8 ± 1,9		5,5 ± 2,3	0,004 #
Cuidador principal					
Mãe	242 (89)		68 (87,2)		0,660
Outros	30 (11)		10 (12,8)		
Classe econômica					0,000#
Classe A	0		2 (2,6)		
Classe B	8 (2,9)		15 (19,2)		
Classe C	194 (71,3)		52 (66,7)		
Classe D	53 (19,5)		8 (10,3)		
Classe E	12 (4,4)		1 (1,3)		
Não informado	5 (1,8)		0		
Escolaridade materna					0,007 #
≤ 8	143 (52,6)		27 (34,6)		
> 8 anos	128 (47,1)		50 (64,1)		
Não informado	1 (0,4)		1 (1,3)		
Escolaridade paterna					0,050
≤ 8	143 (52,6)		34 (43,6)		
> 8 anos	107 (39,3)		43 (55,1)		
Não informado	22 (8,1)		1 (1,3)		

*Teste "t" para médias e teste do qui-quadrado para proporções.

Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre ESF e outros serviços.

Tabela 2 - Características de saúde e utilização dos serviços de saúde das crianças e das suas famílias, por tipo de serviço referido como fonte regular de atenção à saúde. Montes Claros (MG), 2009.

Variáveis	ESF n (%)	Outros n (%)	p-valor*
Crianças que consultaram com especialista	67 (24,4)	19 (25,3)	0,882
Crianças com patologias crônicas	17 (6,3)	13 (16,7)	0,013 #
Tempo atendimento pelo serviço			0,187
Menos de 6 meses	50(18,4)	21 (26,9)	
6 a 12 meses	99 (36,4)	22 (28,2)	
1 a 2 anos	123 (45,2)	35 (44,9)	
Nº de consultas realizadas no local			0,070
≤ 10 vezes	161 (59,2)	55 (70,5)	
>10 vezes	111 (40,8)	23 (29,5)	
Motivo pelo qual escolheu o local			0,000 #
Você ou alguém de sua família o escolheu	60 (22,1)	58 (74,4)	
Você foi designado a ele	209 (76,8)	17 (21,8)	
Outro	3 (1,1)	3 (3,8)	

*Teste do qui-quadrado para proporções.

Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre ESF e outros serviços

Tabela 3 – Média dos Escores dos atributos da APS, entre os serviços identificados pelos cuidadores como fonte regular de atenção à saúde das crianças. Montes Claros (MG), 2009.

Atributos da APS	ESF Média (DP)	Outros Média (DP)	p-valor*
Primeiro contato	5,4 ±1,8	5,5 ±2,0	0,663
Longitudinalidade	8,2 ±1,5	8,0 ±1,4	0,428
Coordenação	6,3 ±3,4	7,7 ±2,8	0,920
Integralidade - serviços básicos disponíveis	5,6 ±3,4	5,8 ±3,9	0,558
Integralidade - serviços complementares disponíveis	4,9 ±1,9	4,0 ±2,5	0,001 [#]
Integralidade – ações de promoção e prevenção recebidos	8,0 ±2,8	7,8 ±3,2	0,575
Orientação familiar	4,3 ±2,6	3,5 ±2,4	0,009 [#]
Orientação comunitária	5,6 ±2,5	1,3 ±2,0	0,000 [#]
Essencial	6,9 ±1,1	6,8 ±1,1	0,438
Derivado	5,0 ±2,1	2,4 ±1,7	0,000 [#]
Geral	6,4 ±1,2	5,7 ±1,1	0,000 [#]

*Teste “t” para médias

[#] Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre ESF e outros serviços

Tabela 4 - Características sociodemográficas e de utilização dos serviços de saúde classificados com Alto e Baixo Escore Geral da APS. Montes Claros (MG), 2009.

Variáveis	Alto Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	Baixo Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	p-valor*
Idade das crianças (meses)			0,793
< 12	66 (47,1)	96 (45,7)	
12 – 23	74 (52,9)	114 (54,3)	
Idade das mães (anos)			0,194
≤ 25	78 (55,7)	98(46,7)	
> 25	62 (44,3)	111 (52,9)	
Não informado	0	1 (0,5)	
Idade dos pais (anos)			0,543
≤ 25	46 (32,9)	61 (29,0)	
> 25	92 (65,7)	143 (68,1)	
Não informado	2 (1,4)	6 (2,9)	
Nº irmãos			0,531
Até 1 irmão	97 (69,3)	152 (72,4)	
≥ 2 irmãos	43 (30,7)	58 (27,6)	
Sexo da criança			0,694
Masculino	71(50,7)	102 (48,6)	
Feminino	69 (49,3)	108 (51,4)	
Cuidador principal			0,493
Mãe	126 (90)	184 (87,6)	
Outros	14 (10)	26 (12,4)	
Profissão do pai			0,224
Qualificado	95 (67,9)	131 (62,4)	
Não qualificado	39 (27,8)	72 (34,3)	
Não informado	6 (4,3)	7 (3,3)	
Critério Brasil			0,670
AB	8 (5,7)	17 (8,1)	
C	101 (72,1)	145 (69)	
DE	29 (20,7)	45 (21,4)	
Não informado	2 (1,5)	3 (1,5)	
Escolaridade materna			0,051
≤ 8 anos	59 (42,2)	111 (52,9)	
> 8 anos	80 (57,1)	98 (46,7)	
Não informado	1 (0,7)	1 (0,4)	
Escolaridade paterna			0,149
≤ 8 anos	64 (45,8)	113 (53,8)	
> 8 anos	66 (47,1)	84 (40,0)	
Não informado	10 (7,1)	13 (6,2)	
Serviço fonte regular de atenção			0,00 [#]
Saúde da Família	122 (87,1)	150 (71,4)	
Outros	18 (12,9)	60 (28,6)	
Nº de consultas realizadas no local			0,020 [#]
≤10 vezes	76 (54,3)	140 (66,7)	
> 10 vezes	64 (45,7)	70 (33,3)	

*Teste do qui-quadrado para proporções.

[#] Diferença estatisticamente significativa (p<0,05) entre ESF e outros serviços

Tabela 5 - Características sociodemográficas e de utilização dos serviços de saúde classificados com Alto e Baixo Escore Geral da APS entre as crianças que tem a ESF como fonte regular de atenção. Montes Claros (MG), 2009.

Variáveis	Alto Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	Baixo Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	p-valor*
Idade das crianças (meses)			0,636
< 12	58 (47,5)	67 (44,7)	
12 – 23	64 (52,5)	83 (55,3)	
Idade das mães (anos)			0,577
≤ 25	67(54,9)	77 (51,3)	
> 25	55 (45,1)	72 (48,0)	
Não informado	0 (0)	1 (0,7)	
Idade dos pais (anos)			0,580
≤ 25	42 (34,4)	46 (30,7)	
> 25	78 (63,9)	99 (66,0)	
Não informado	2 (1,6)	5 (3,3)	
Nº irmãos			0,605
Até 1 irmão	81 (66,4)	104(69,3)	
≥ 2 irmãos	41 (33,6)	46 (30,7)	
Sexo da criança			0,210
Masculino	63 (51,6)	66 (44)	
Feminino	59 (48,4)	84 (56)	
Cuidador principal			0,859
Mãe	109 (89,3)	133(88,7)	
Outros	13 (11,3)	17(10,7)	
Profissão do pai			0,101
Qualificado	82 (67,2)	86 (57,3)	
Não qualificado	36 (29,5)	58 (38,7)	
Não informado	4 (3,3)	6 (4,0)	
Profissão da mãe			0,141
Qualificado	30 (24,6%)	26 (17,3)	
Não qualificado	92 (75,4)	124 (82,7)	
Não informado	0	0	
Critério Brasil			0,641
AB	4 (3,3)	4 (2,7)	
C	90 (73,8)	104 (69,3)	
DE	26 (21,3)	39 (26,0)	
Não informado	2 (1,6)	3 (2,0)	
Escolaridade materna			0,030 [#]
≤ 8 anos	55 (45,1)	88 (58,7)	
> 8 anos	66 (54,1)	62 (41,3)	
Não informado	1 (0,8)	0	
Escolaridade paterna			0,119
≤ 8 anos	58 (47,5)	85 (56,7)	
> 8 anos	54 (44,3)	53 (35,3)	
Não informado	10 (8,2)	12 (8,0)	
Nº de consultas realizadas no local			0,296
≤10 vezes	68 (55,7)	93 (62)	
> 10 vezes	54 (44,3)	57 (38)	

*Teste do qui-quadrado para proporções.

[#] Diferença estatisticamente significativa (p<0,05) entre ESF e outros serviços

4.2 Artigo 02

O papel da qualificação de médicos e enfermeiros no desempenho da atenção primária à saúde

The role of the qualification of physicians and nurses in the performance of primary health care

Claudia Danyella Alves Leão¹

Antônio Prates Caldeira²

¹Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. claudiadanyella@hotmail.com

²Médico, Professor Doutor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. antonio.caldeira@unimontes.br

Autor para correspondência: Antônio Prates Caldeira. Avenida Cula Mangabeira nº 1562 – Santo Expedito Montes Claros – MG -39401-002 Telefones: (38) 3222 - 3879/9986-8621.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado Profissionalizante em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – MG.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre os atributos da atenção primária à saúde (APS) e a qualificação profissional promovida pela Residência de Medicina de Família e Comunidade e pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Métodos: Para coleta de dados utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão infantil (*PCATool*/ infantil). O instrumento foi aplicado aos cuidadores das crianças residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes de saúde da família. Os atributos da APS foram avaliados através dos escores aferidos pelas respostas dos cuidadores. Para a comparação das médias dos escores foi utilizado o teste “t” de Student e para análise das proporções utilizou-se do teste do qui-quadrado de Pearson. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$). Buscando associação entre o grau de orientação para a APS e as características socioeconômicas e demográficas, bem como as características profissionais e das unidades de saúde ajustou-se um modelo de regressão de Poisson, sendo estimada a razão de prevalências e o intervalo de confiança de 95%.

Resultados: As equipes onde havia profissionais com residência em saúde da família ou medicina de família e comunidade possuíam escores dos atributos da APS mais elevados do que os escores das equipes onde os profissionais não possuíam esta qualificação. O escore geral da APS para as equipes com qualificação na área de saúde da família tem valor adequado e é estatisticamente superior às equipes que não possuem tal qualificação.

Conclusões: A ESF é o espaço preferencial para a promoção da saúde infantil. A especialização na modalidade residência para médicos e enfermeiros apresenta potencialidades para a transformação do modelo de atenção, a partir dos atributos da APS.

Descritores: Atenção Primária de Saúde. Saúde da Família. Qualificação profissional.

ABSTRACT

Objective: To verify the association among the attributes of the primary health care (PHC) and the professional qualification promoted by the Residence of Medicine of Family and Community and by the Residence Multiprofessional in Health of the Family.

Methods: For data collection the Instrument of Evaluation of the Primary Attention was used, infantile version (infantile PCATool). The instrument was applied to the caregivers of children resident and registered in cadastre of the coverage areas of the family health teams. The attributes of the PHC had been evaluated through the scores measured by the answers of the caregivers. For the comparison of the scores averages it was used test "t" of Student and for analysis of the proportion it was used the test of the qui-square of Pearson. The significance level assumed was of 5% ($p < 0,05$). Searching association between the degree of orientation for the APS and the socioeconomic and demographic characteristics, as well as the professional characteristics and of the health units a model of regression of Poisson was adjusted, being esteem the reason of prevalence and the assurance interval of 95%.

Results: The teams where there were professionals with residence in family health or medicine of family and community possessed score of the attributes of the raised higher than the scores of the teams where the professionals do not possess this qualification. The general scores of the PHC for the teams with qualification in the area of family health have adequate value and it is statistically superior to the teams that do not possess such qualification.

Conclusions: The family health program is the preferential space for the promotion of the infantile health. The specialization in the modality residence for physicians and nurses presents potentialities for the transformation of the care model, from the attributes of the PHC.

Descriptors: Primary Health Care. Family Health. Professional Qualification.

Introdução

Desde o estabelecimento da meta “Saúde para Todos”, em 1978 na Conferência Mundial de Saúde em Alma-Ata, a atenção primária vem sendo adotada por diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações.¹ O Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), definiu a atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada e criou o Programa de Saúde da Família como principal estratégia para alcançar a meta definida.²

Segundo Starfield³ (2002) a efetivação da APS se dá através dos seus atributos norteadores. A autora sistematizou o conceito da APS através de atributos denominados essenciais como, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, e dos atributos denominados derivados como a atenção centrada na família e a orientação comunitária.

No Brasil, os gestores de saúde aderiram rapidamente à Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta de organizar a APS, o que pode ser confirmado pelo crescimento significativo do número de equipes em todo país. Em 1994 eram apenas 328 equipes de saúde da família implantadas, em junho de 2009 esse número era de aproximadamente 30 mil, sendo 49,9% da população brasileira coberta por esta estratégia.⁴

O aumento quantitativo das equipes de saúde da família, entretanto, não tem garantido a mudança do modelo de saúde hegemônico, que valoriza as práticas médicas, curativistas, especializadas e hospitalocêntricas. Para alguns autores, esse fato decorre da falta de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo.^{5,6} Essa constatação torna imprescindível a discussão sobre a formação de recursos humanos para o SUS, buscando encontrar as melhores alternativas para garantir que as práticas profissionais atendam os desafios que são colocados para a implementação de uma APS de qualidade.

Apesar da relevância do profissional bem formado para a consolidação do novo modelo de assistência, a literatura nacional registra poucos estudos na área. Existe, pois, a necessidade de se conhecer o impacto da formação e da qualificação profissional sobre o desenvolvimento dos atributos da APS. Já se sabe que os

serviços de saúde que se organizam a partir de uma APS estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores, são mais eficazes e de maior qualidade.⁷⁻¹¹

As mudanças nos cursos de graduação, na tentativa de formar profissionais mais qualificados para a assistência na APS são lentas e heterogêneas, pois não acontecem da mesma forma em todas as instituições.¹² O crescimento acelerado da ESF parece de fato exigir uma formação no âmbito de pós-graduação para o exercício competente das práticas usuais dessa área.

Existem, pelo menos, três tipos de pós-graduações *lato sensu*. A residência médica, que é exclusiva para o profissional médico, os cursos de especialização aberto a vários cursos de saúde e as residências multiprofissionais para a especialização dos diferentes trabalhadores de nível superior da área da saúde.¹³ De acordo com Gil¹⁴ (2005), as experiências promovidas pelas residências podem representar a melhor oportunidade para uma reflexão em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais coerente com o que se propõe a ESF. As especializações na modalidade de residência foram concebidas para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos egressos dos cursos de medicina e enfermagem, uma formação mais voltada às necessidades da ESF.¹⁴

O presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre os atributos da APS, na saúde infantil e a qualificação profissional promovida pela Residência de Medicina de Família e Comunidade e pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se por um estudo transversal, descritivo, analítico, de abordagem quantitativa. O trabalho foi conduzido em Montes Claros, ao Norte do Estado de Minas Gerais. A cidade possui população estimada em mais de 360.000 pessoas. Quanto aos serviços de atenção primária, o município contava à época da coleta de dados com 49 equipes de saúde da família (44 localizados na zona urbana e cinco na zona rural), 15 PACS e 10 centros de saúde,

sendo estes responsáveis pela parte da população que não possui cobertura da ESF.

É relevante ressaltar a presença, no município, do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade/Curso de Especialização na modalidade Residência em Saúde da Família para Enfermeiro e Cirurgião-Dentista. Trata-se de uma parceria da Universidade Estadual de Montes Claros com a Prefeitura Municipal/Secretária Municipal de Saúde na qualificação profissional para o trabalho no campo dos cuidados primários de saúde.

A população alvo do presente estudo foi constituída pelas crianças de zero a dois anos de idade, residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes da ESF do município, bem como todos profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde do município. Foram incluídas apenas as equipes de saúde da ESF localizadas na zona urbana, que estavam em funcionamento por no mínimo um ano do início da coleta de dados. O critério de inclusão das equipes apenas da área urbana foi estabelecido por limitações logísticas. A determinação de se incluir equipes ativas há mais de um ano objetivou a incorporação de dados referentes a um maior contato temporal entre a população e os serviços de saúde. Após aplicação dos critérios apresentados a população identificada foi de 3.647 crianças, distribuídas em 43 das equipes.

Para coleta de dados com as famílias, foram selecionadas crianças através de amostragem aleatória simples, a partir do cadastro das mesmas nas unidades da ESF. O cálculo amostral deste estudo definiu a necessidade de alocação de 350 crianças, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a partir de uma prevalência do evento estudado de 50%. Esse valor é habitualmente tomado como uma estimativa conservadora, pois aumenta o número da amostra.

Foi utilizado, para coleta de dados, instrumento elaborado e validado no Brasil, por Harzheim *et al*¹⁵ (2006) que mede a extensão dos atributos da APS em serviços de atenção à saúde infantil, chamado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (do inglês *Primary Care Assessment Tool*), também denominado *PCATool* infantil. A versão validada possui 45 perguntas relacionadas aos atributos da APS (acesso de primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária), além de três perguntas iniciais que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde. As respostas são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo.

Também foram coletados dados sobre características demográficas, socioeconômicas das crianças selecionadas. A entrevista foi realizada com o cuidador principal das mesmas, em seus próprios domicílios. Inicialmente eram feitas três perguntas, para identificação do tipo de serviço preferencial para atendimento a saúde da criança. Foi definido como usuário de cada tipo de serviço o cuidador que referia o mesmo local de atendimento para as três questões iniciais do *PCATool*. Caso o usuário referisse dois serviços diferentes para as perguntas iniciais, era identificado o serviço que foi referido duas vezes. Caso o usuário referisse três distintos serviços para as três perguntas, era identificado o serviço referido na primeira pergunta. Se para as três perguntas houvesse resposta negativa, era identificado o serviço que a criança havia consultado pela última vez. A partir deste ponto todo o questionário era realizado com base no serviço identificado. Posteriormente, os serviços referidos foram dicotomizados em “saúde da família” (para os cuidadores que referiam a ESF) e “outros serviços” (para os cuidadores que referiam serviço que não fosse a ESF).

Para aferição da qualidade da APS foram calculados os escores de cada atributo, do escore essencial (obtido através da média dos atributos essenciais e do grau de afiliação), do escore derivado (obtido através da média dos atributos derivados) e do escore geral da APS (valor médio dos atributos essenciais e derivados e o do grau de afiliação). O grau de afiliação foi definido a partir do número de vezes que um serviço era referido para as três questões iniciais do *PCATool*. Os valores obtidos para cada escore na escala de Likert foram convertidos para uma escala entre zero e 10, onde escores com valores iguais ou maiores que 6,6 indicam uma extensão adequada de cada atributo.¹

Para a comparação das médias, foi utilizado o teste “t” de Student e para análise das proporções utilizou-se do teste do qui-quadrado de Pearson. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$). Buscando associação entre o grau de orientação para a APS e as características socioeconômicas e demográficas, bem como as características profissionais e das unidades de saúde ajustou-se um modelo de regressão de Poisson, sendo estimada a razão de prevalências e o

¹ Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

intervalo de confiança de 95%. Os dados coletados foram processados e analisados através do *software SPSS for windows* versão 15.0.

As entrevistas foram conduzidas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de Montes Claros (parecer 1117/08).

RESULTADOS

As equipes da ESF envolvidas no estudo tinham em média 5,7 anos (DP=3,2) de funcionamento. O tempo médio de permanência do profissional médico na equipe foi de 1,8 anos (DP±1,3) e do enfermeiro foi de 2,7 anos (DP±2,0). Sobre a formação dos profissionais pode-se perceber que 20 (46,5%) médicos possuem a residência de medicina de família e comunidade e 22 (51,2%) enfermeiros possuem a residência multiprofissional em saúde da família.

Os principais cuidadores referidos para as crianças foram as mães (88,6%) e os avós (5,1%). Das crianças selecionadas, 177 (50,6%) eram do sexo feminino. A média de idade do grupo estudado foi de 12,7 meses (DP±6,7meses) e 213 (60,9%) crianças possuem irmãos, sendo que destas 101 (28,9%) possuem dois ou mais irmãos.

Observou-se que 272 (77,7%) dos entrevistados identificaram a ESF como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças enquanto 78 (22,3%) consideraram outros serviços. Para as famílias que utilizavam a ESF como fonte regular de cuidado para as crianças o escore geral foi 6,4 (DP±1,2) enquanto para as demais este escore foi igual a 5,7(DP±1,1), registrando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 0,000$).

A tabela1 expressa os escores dos atributos da APS, aferidos a partir da percepção dos cuidadores entrevistados das crianças que tem a ESF como fonte regular de atenção. Estes escores foram comparados entre as equipes onde os profissionais possuíam a Residência de Medicina e Comunidade ou a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com aquelas equipes onde os profissionais não tinham esta formação. Os escores observados mostram que em geral, as equipes com residência apresentam escores maiores para a maioria dos atributos avaliados e com diferença estatisticamente significativa para os atributos da longitudinalidade, integralidade (serviços básicos disponíveis), integralidade

(serviços complementares disponíveis), bem como para os escores essencial e geral.

Durante a análise dos dados, buscou-se identificar as variáveis que poderiam estar relacionadas com uma melhor avaliação dos cuidados percebidos pelo serviço identificado como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças. Nesse sentido, o grupo foi dicotomizado não em relação ao serviço preferencial, mas em relação ao escore atribuído a este serviço. Tal análise foi realizada através do Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$), entre todas as crianças. A tabela 2 mostra os resultados dessa análise. A partir destes resultados e tomando-se todas as variáveis com nível de significância de até 25% ($p < 0,25$), realizou-se uma análise de regressão múltipla (Regressão de Poisson) para definir um modelo explicativo final. Permaneceram no modelo final como variáveis associadas com alto valor geral da APS o serviço preferencial da ESF, o número de atendimentos maior que dez e a qualificação do profissional que assiste a criança (tabela 3).

Para uma análise específica das crianças cujos cuidadores referiam a ESF como fonte regular de atenção, buscou-se conhecer as características que pudessem estar associadas com melhor avaliação da estratégia, através do Alto Escore Geral da APS (Tabela 4). Novamente, a partir dos resultados dessa tabela e tomando-se todas as variáveis com nível de significância de até 25% ($p < 0,25$), realizou-se a análise de regressão múltipla (Regressão de Poisson) para definir um modelo explicativo final. Permaneceram neste modelo, como variáveis associadas com melhor avaliação da ESF, a escolaridade materna e a qualificação do profissional de saúde que atende a criança (tabela 5).

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou que as equipes da ESF que possuem profissionais com residência em medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família apresentam melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS. A qualificação do profissional manteve-se no modelo de regressão múltipla tanto na associação com o alto escore geral da APS para todo o grupo, quanto na associação apenas entre as famílias que tinham a ESF como fonte regular de atenção.

Os resultados reafirmam a necessidade de mudanças na formação dos recursos humanos na área da saúde, especificamente na ESF. O novo modelo assistencial parece exigir um modo de atuação profissional pautado na produção do cuidado e de um novo fazer em saúde, confirmando o que foi descrito por outros autores.^{12,14,16} As atribuições da equipe de saúde da família são múltiplas e complexas, exigindo dos profissionais de saúde conhecimentos específicos desta área. Os dados encontrados destacam a efetividade da residência em medicina de família e comunidade e da residência multiprofissional em saúde da família, na formação de profissionais para o desempenho das funções cotidianas da atenção primária.

Observou-se um alto índice de preferência dos cuidadores pelas equipes de saúde da família como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças, comparado com aqueles cuidadores que referiam outros serviços. Vários estudos têm avaliado os motivos que levam a população a escolherem o local para acompanhamento de saúde, estando entre os mais referidos a proximidade da moradia e a qualidade do atendimento.^{17,18}

Embora para o escore geral da APS não tenha sido observado um valor adequado, para as famílias que utilizavam a ESF como fonte regular de cuidado para as crianças esse escore geral foi próximo ao ideal (6,4) e apresentou uma diferença estatística significativa em relação aos demais serviços ($p=0,000$). Outros estudos comprovam que a avaliação da ESF baseada em seus atributos é mais adequada quando comparadas com outros tipos de serviços.⁸⁻¹¹

A análise de cada um dos atributos da APS, a partir da percepção dos cuidadores das crianças que têm a ESF como fonte regular de atenção revelou melhores escores para as equipes onde os profissionais possuem a Residência de Medicina e Comunidade ou a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com diferenças estatisticamente significantes para os atributos de longitudinalidade ($p=0,049$), integralidade/serviços básicos ($p=0,015$) e integralidade/serviços complementares ($p=0,036$). A análise conjunta dos atributos – escore geral – registra também que as equipes da ESF onde existem profissionais com formação específica (residência) têm escore adequado ($\geq 6,6$) com diferença estatisticamente superior às equipes que não contam com esse profissional (0,009).

Estes resultados demonstram que apesar de alguns atributos ainda não apresentarem escores adequados ($\geq 6,6$), no conjunto eles são satisfatórios.

Consolida-se a idéia de que as modalidades de Residência de Família e Comunidade e as Multiprofissionais representam a oportunidade para uma reflexão organizada em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais efetivo.¹⁴

Um dado importante no presente estudo é que os escores foram atribuídos a partir da percepção do usuário. Alguns trabalhos registram que os usuários tendem a avaliar os serviços de saúde de maneira menos favorável do que gestores ou profissionais que atuam no serviço.^{10,11} É possível, portanto, que uma abordagem ampliada do processo avaliativo dos atributos da APS registre melhores escores com a inserção de novos atores sociais.

Após ajuste multivariado observou-se que os cuidadores das crianças que utilizavam a ESF como referência para atendimento à saúde da criança atribuíam melhores escores a esses locais (RP=1,22; IC95%=1,10;1,36), quando comparados com os cuidadores que utilizavam outros tipos de serviço. Quanto ao número de consultas, as famílias cujas crianças realizaram mais de 10 atendimentos tendem, de forma similar, a atribuir melhores escores quando comparadas com as demais (RP=1,13; IC95%=1,02;1,25). Especificamente em relação à qualificação profissional, registrou-se também a percepção positiva dos cuidadores que atribuíram melhores escores para as equipes onde os profissionais possuíam a residência de medicina de família e comunidade ou multiprofissional em saúde da família (RP=1,15; IC95%=1,04;1,27).

O ajuste multivariado apenas para o grupo cujos cuidadores referiam a ESF como fonte regular de atenção, revelou-se que apenas a escolaridade materna maior que oito anos (RP=1,17; IC95%=1,04; 1,31) e a qualificação dos profissionais em saúde da família (RP=1,23; IC95%=1,09;1,38) mostraram-se estatisticamente associados com melhor escore geral atribuído a ESF. Esse resultado também reforça a percepção positiva dos usuários em relação a uma assistência diferenciada realizada pelos profissionais mais bem qualificados. Esses resultados remetem à discussão da provável formação fragmentada, conteudista e com prática focada na doença, que termina por não conseguir resultados positivos na avaliação dos seus serviços de saúde.¹⁶

A literatura nacional possui poucos trabalhos que utilizam o *PCATool*⁸⁻¹¹, sendo que todos eles utilizam a versão original dos instrumentos elaborado por Starfield *et al* (2000;2001).^{19,20} Os resultados do presente estudo são concordantes

com os registros existentes e demonstra, de forma clara, o importante papel da qualificação dos profissionais para efetivação dos atributos da APS. Confirma-se que a residência de medicina de família e comunidade e a residência multiprofissional em saúde da família são as modalidades de pós-graduação especiais e devem, de fato, ser tomadas como “padrão-ouro” no processo para a especialização do médico e enfermeiro da ESF.¹³

Os dados conduzem a duas conclusões naturais. A primeira delas é de que a ESF é o espaço preferencial para a promoção da saúde infantil no âmbito sanitário. A segunda é que a residência de medicina de família e comunidade e a residência multiprofissional em saúde da família apresentam potencialidades para a transformação do modelo de atenção, a partir dos atributos da APS, registrando-se nestas especializações as práticas de cuidado em saúde acontecem no contexto real das unidades de saúde, das famílias e da comunidade.

As limitações deste estudo se devem ao fato de que a APS foi avaliada apenas na visão do usuário, o que tende a torná-la menos positiva quando comparada com avaliação feita pelos profissionais.^{10,11} A realização do estudo em um único município também deve ser tomada como uma possível restrição na generalização dos dados. É preciso destacar, porém, que a temática abordada é de caráter universal e a literatura ainda registra importantes lacunas do conhecimento na área. Os resultados aqui alcançados devem contribuir para novas indagações e realizações de outros estudos, no desafio de construção de modelos mais efetivos e equânimes.

REFERÊNCIAS

1. Tejada de Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después. Rev Perspectiva de Salud. 2003; 8(1): 2-7.
2. Conill E M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008. 24 (Supl 1):7-27.
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura do PSF [página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acessado

em 20 agosto de 2009]. Disponível em:
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>.>

5. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: “novas autonomias” no trabalho. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2001; 5(9):150-3.
6. Camelo SH; Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saúde.* 2008; 7(1):45-52.
7. Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.
8. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK, Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage.* 2004; 19: 303-17.
9. Ibañez N, Rocha JSY, Viana ALA, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11:683-703.
10. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Gomes A, et al. Atenção básica em saúde; comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social em São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11: 633-41.
11. Van Stralen CJ, Belisário AS, Van Stralen TBS, Lima, AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (suppl1): 148-58.
12. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trab Educ Saúde.* 2008; 6 (3): 503-17.
13. Campos FE, Aguiar RAT. A expansão da atenção básica nas grandes cidades e a especialização em saúde da família como estratégia para sua viabilidade. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006 3(1): 97-102.
14. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(2):47-52.
15. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad de Saúde Pública.* 2006; 22(8):1649-59.
16. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5):1400-10.

17. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Rev Saúde Pública. 2000; 34(6): 603-9
18. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1):27-34.
19. Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the adult primary care assessment Tool. J Fam Pract. 2001; 50(2):161-175.
20. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA., Nanda JP, Friedenberg LA. Clinical Care for Children: measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. 2000; 105 (4): 998-1003.

TABELAS

Tabela 1 Média dos escores dos atributos da APS, segundo os cuidadores das crianças que tem a ESF como fonte regular de atenção. Montes Claros (MG), 2009.

Atributos da APS	ESF profissionais com residência (Média e DP)	ESF profissionais sem residência (Média e DP)	Teste “t”	p- valor*
Primeiro contato	5,5 ±1,8	5,4 ±1,9	0,241	0,810
Longitudinalidade	8,3 ±1,4	7,9±1,8	1,972	0,049 [#]
Coordenação	5,9 ±3,3	6,7 ±3,6	1,002	0,320
Integralidade - serviços básicos disponíveis	6,0 ±3,4	4,9 ±3,7	2,464	0,015 [#]
Integralidade - serviços complementares disponíveis	5,1±1,7	4,6 ±2,1	2,112	0,036 [#]
Integralidade – ações de promoção e prevenção recebidos	8,0 ±2,8	7,9 ±2,8	0,264	0,792
Orientação familiar	4,2 ±2,7	4,4 ±2,5	0,698	0,485
Orientação comunitária	5,8 ±2,5	5,3 ±2,5	1,365	0,173
Essencial	7,0 ±1,0	6,6 ±1,3	2,852	0,005 [#]
Derivado	5,1 ±2,2	4,8 ±2,0	1,231	0,219
Geral	6,6 ±1,1	6,2 ±1,3	2,626	0,009 [#]

*Teste “t” para medias

[#] Diferença estatisticamente significativa (p<0,05) entre ESF e outros serviços

Tabela 2 Características sociodemográficas e de utilização dos serviços de saúde classificados com Alto e Baixo Escore Geral da APS. Montes Claros (MG), 2009.

Variáveis	Alto Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	Baixo Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	p-valor*
Idade das crianças (meses)			0,793
< 12	66 (47,1)	96 (45,7)	
12 – 23	74 (52,9)	114 (54,3)	
Idade das mães (anos)			0,194
≤ 25	78 (55,7)	98(46,7)	
> 25	62 (44,3)	111 (52,9)	
Não informado	0	1 (0,5)	
Idade dos pais (anos)			0,543
≤ 25	46 (32,9)	61 (29,0)	
> 25	92 (65,7)	143 (68,1)	
Não informado	2 (1,4)	6 (2,9)	
Cuidador principal			0,493
Mãe	126 (90)	184 (87,6)	
Outros	14 (10)	26 (12,4)	
Profissão do pai			0,224
Qualificado	95 (67,9)	131 (64,5)	
Não qualificado	39 (27,8)	72 (35,5)	
Não informado	6 (4,3)	7 (3,3)	
Escolaridade materna			0,051
≤ 8 anos	59 (42,2)	111 (52,9)	
> 8 anos	80 (57,1)	98 (46,7)	
Não informado	1 (0,7)	1 (0,4)	
Escolaridade paterna			0,149
≤ 8 anos	64 (45,8)	113 (53,8)	
> 8 anos	66 (47,1)	84 (40,0)	
Não informado	10 (7,1)	13 (6,2)	
Serviço fonte regular de atenção			0,000 #
Saúde da Família	122 (87,1)	150 (71,4)	
Outros	18 (12,9)	60 (28,6)	
Nº de consultas realizadas no local			0,020 #
≤10 vezes	76 (54,3)	140 (66,7)	
> 10 vezes	64 (45,7)	70 (33,3)	
Profissionais possuem a residência em saúde da família	101 (72,1)	122 (58,1)	0,007 #

*Teste “t” para medias e teste do qui-quadrado para proporções.

Diferença estatisticamente significativa (p<0,05) entre ESF e outros serviços

Tabela 3 Modelo ajustado do Alto Valor Geral da APS. Montes Claros, MG, 2009

Variáveis	RP (IC 95%)	p-valor*
Serviço preferencial		0,000
Outros	1	
Saúde da Família	1,22 (1,10 - 1,36)	
Numero de atendimentos		0,023
≤10	1	
> 10	1,13 (1,02 - 1,25)	
Profissional com residência em SF		0,007
Não	1	
Sim	1,15 (1,04 - 1,27)	

Tabela 4 Características sociodemográficas e de utilização dos serviços de saúde classificados com Alto e Baixo Escore Geral da APS entre as crianças que tem a ESF como fonte regular de atenção à saúde. Montes Claros (MG), 2009.

Variáveis	Alto Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	Baixo Escore Geral da APS (≥6,6) n (%)	p-valor*
Idade das crianças (meses)			0,636
< 12	58 (47,5)	67 (44,7)	
12 – 23	64 (52,5)	83 (55,3)	
Idade das mães (anos)			0,577
≤ 25	67(54,9)	77 (51,3)	
> 25	55 (45,1)	72 (48,0)	
Não informado	0 (0)	1 (0,7)	
Idade dos pais (anos)			0,580
≤ 25	42 (34,4)	46 (30,7)	
> 25	78 (63,9)	99 (66,0)	
Não informado	2 (1,6)	5 (3,3)	
Cuidador principal			0,859
Mãe	109 (89,3)	133(88,7)	
Outros	13 (11,3)	17(10,7)	
Profissão do pai			0,101
Qualificado	82 (67,2)	86 (57,3)	
Não qualificado	36 (29,5)	58 (38,7)	
Não informado	4 (3,3)	6 (4,0)	
Profissão da mãe			0,141
Qualificado	30 (24,6%)	26 (17,3)	
Não qualificado	92 (75,4)	124 (82,7)	
Não informado	0	0	
Escolaridade materna			0,030 [#]
≤ 8 anos	55 (45,1)	88 (58,7)	
> 8 anos	66 (54,1)	62 (41,3)	
Não informado	1 (0,8)	0	
Escolaridade paterna			0,119
≤ 8 anos	58 (47,5)	85 (56,7)	
> 8 anos	54 (44,3)	53 (35,3)	
Não informado	10 (8,2)	12 (8,0)	
Nº de consultas realizadas no local			0,296
≤10 vezes	68 (55,7)	93 (62)	
> 10 vezes	54 (44,3)	57 (38)	
Profissionais possuem residência em saúde da família	89 (51,7)	83 (48,3)	0.003 [#]

*Teste “t” para médias e teste do qui-quadrado para proporções.

[#] Diferença estatisticamente significativa (p<0,05) entre ESF e outros serviços

Tabela 5 Modelo Ajustado do Alto Valor Geral da APS, entre as crianças que tem ESF como fonte regular de atenção à saúde. Montes Claros (MG), 2009.

Variáveis	RP (IC 95%)	p-valor*
Escolaridade materna		0,008
≤ 8 anos	1	
> 8 anos	1,17 (1,04 - 1,31)	
Profissionais com residência		0,001
Não	1	
Sim	1,23 (1,09 - 1,38)	

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *PCATool* infantil mostrou ser uma ferramenta de qualidade e de fácil aplicação na avaliação e comparação da estrutura e processo dos serviços de APS dirigidos à população infantil. Permite medir a presença dos atributos da APS (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária) de forma direta, identificando as fragilidades dos serviços.

Observou-se que os cuidadores das crianças que utilizam a ESF como fonte regular de atenção possuem piores condições socioeconômicas do que as que utilizavam outros tipos de serviço, que não a ESF para o cuidado de saúde de suas crianças.

A ESF, geralmente, possui melhores escores para atributos da APS em relação aos outros tipos de serviço, porém apenas os atributos da longitudinalidade e da integralidade (ações de promoção e prevenção recebidos) e o escore essencial apresentaram valores adequados, sendo o escore geral próximo ao valor ideal.

Ao identificar as variáveis relacionadas com o alto escore da APS chama atenção, principalmente, que o fato de utilizar a ESF como fonte regular de atenção a saúde da criança e os profissionais possuírem a residência de Medicina de Família e Comunidade ou a residência Multiprofissional em Saúde da Família estão relacionados a uma melhor percepção dos cuidadores (escore geral da APS mais elevado).

Assim, conclui-se que a ESF é o espaço preferencial para a promoção da saúde infantil no âmbito sanitário. Conclui-se também que a residência de medicina de família e comunidade ou multiprofissional em saúde da família possuem potencialidades para a transformação do modelo de atenção, a partir dos atributos da APS.

Com os resultados apresentados, espera-se que o gestor local possa adotar esta metodologia de avaliação com certa periodicidade, permitindo uma avaliação contínua do processo de trabalho. Espera-se, ainda, reforçar a importância da parceria entre a Prefeitura Municipal de Montes Claros e a Universidade Estadual de Montes Claros, na qualificação dos profissionais pela residência de medicina de família e comunidade e a multiprofissional em saúde da família, uma vez que estas trazem retornos positivos para os serviços e consequentemente para os usuários. Esse dado é particularmente importante quando se trata da saúde infantil e representa um compromisso para toda a sociedade, pois a criança é a principal e mais vulnerável das vítimas dos desajustes sociais.

REFERÊNCIAS

1. Tejada de Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después. Rev Perspectiva de Salud 2003. 8(1): 2-7.
2. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cad Saúde Pública. 2002. 18(1 Suppl): 23-36.
3. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New york: Oxford University Press; 1992.
4. Organização Mundial da Saúde/Unicef. Fundo das Nações para a Infância. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata. URSS. Brasília: Unicef - Brasil; 1979.
5. Ribeiro LCC. Acolhimento as crianças na atenção primaria à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. [dissertação]. Belo horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
6. World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1978.
7. Mendes EVM. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec;1996.
8. Merhy EE. A saúde publica como pratica: um estudo de formuladores de políticas de saúde. São Paulo: Hucitec;1992.
9. Mendes EV. A atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
10. Escorel S. A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
11. Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentalismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 333-82.
12. Carvalho BG, Martins GB, Cordoni Junior L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L, organizadores. Bases de saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2001. p. 27-43.
13. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
14. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências

- intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez.
15. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
 16. Malta DC, Santos FP. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. Rev Med Minas Gerais. 2003; 13(4):251-9
 17. Brasil. Desafios e conquistas do PSF. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2002; 5: 7-24.
 18. Brasil. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União 29 mar 2006.
 19. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington DC: Organização Mundial da Saúde; 2005.
 20. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
 21. Starfield B. Primary care: is it essential? Lancet. 1994; 344:1129-33.
 22. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK, Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. Int J Health Plann Manage. 2004; 19:303-17.
 23. Ibañez N, Rocha JSY, Viana ALA, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11:683-703.
 24. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Gomes A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social em São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11: 633-41.
 25. Van Stralen CJ, Belisário AS, Van Stralen TBS, Lima, AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1 suppl): 148-58.
 26. Macinko J, Harzheim E. Instrumento de avaliação da atenção primária – sua utilização no Brasil. Rev Brasileira Saúde da Família. Brasília. 2007;14: 4-7.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura do PSF [página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acessado em 20 agosto de 2009]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>

28. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bra Saúde Materno Infantil*. 2004; 4(3):317-21.
29. Hurst J. Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges. In OECD. *Measuring up - improving health system performance in OECD countries*. Paris: Editora da OCDE; 2002. p. 35-54.
30. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de Salud. *Evaluación de Servicios de la salud materno-infantil*. Castalleda, Venezuela; 1998.
31. Pabón H. *Evaluación de servicios de salud*. Cali: XYZ Editora, 1985.
32. Jorge MHPM, Gotlieb SLD. O sistema de informação de atenção básica como fonte de dados para os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2001; 10(1):7-18.
33. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prograb : Programação de gestão por resultados*. Brasília(DF); 2006.
34. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da estratégia saúde da família. Resumo Executivo Brasília (DF)*; 2005.
35. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília (DF); 2005.
36. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção da básica – SIAB. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(4): 547-54.
37. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005 dez 5(1):563-69.
38. Ramos DD, Lima, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003 19(1): 27-34.
39. Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the adult primary care assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2):161-75.
40. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Clinical Care for Children: measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105(4): 998-1003.
41. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006 22(8):1649-59.

42. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde*. 2004; 18(1):23-40.
43. Harzheim, E. et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Rev da AMRIGS*. 2005; 49(4): 248-52.
44. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: “novas autonomias” no trabalho. *Interface: Comunic Saúde Educ*. 2001; 5(9):150-3.
45. Camelo SH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*. 2008; 7(1):45-52.
46. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: Oportunidades de mudanças na Perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. *Trab Educ Saúde*. 2008; 6(3): 503-17.
47. Campos FE, Aguiar RAT. A expansão da atenção básica nas grandes cidades e a especialização em saúde da família como estratégia para sua viabilidade. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006; 3(1): 97-102.
48. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):47-52.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [pagina na internet]. Montes Claros – MG: População estimada em 01.04.07. [acessado em 22 out 2008]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/cidadesat/..](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/)
50. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [pagina na internet] [acessado em 20 dez 2008]. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br
51. Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. São Paulo; 2007
52. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. 3. ed. São Paulo: Hucitec – Unicef; 1998.
53. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sobre as características demográficas e socioeconômicas



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



**QUESTIONÁRIO - CARACTERÍSTICAS
 DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS**

As questões a seguir são sobre sua família.

01. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade?

_____ meses ou _____ anos

02. Anote se a criança é:

1) Menino 2) Menina

03. Quantos irmãos/irmãs a sua criança

_____ irmãos/irmãs

04. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o) _____ (nome da criança)?

(Circule se são anos ou meses.)

_____ anos _____ meses _____ anos

_____ anos _____ meses _____ anos

_____ anos _____ meses _____ anos

05. O (A) _____ (nome da criança) vive junto com a mãe e o pai?

1) Sim, com ambos **(Pule para a pergunta 63.)** 2) Não 3) Não sei

06. Se não, com qual deles a criança vive?

Só a mãe Só o pai Nenhum dos dois.

07. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? **(Caso a criança não viva com os pais, ponha a idade do cuidador)**

Mãe _____ anos

Pai _____ anos

Outro: cuidador _____ anos

08. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?

Pai: _____

01. Proprietário/Nível superior

02. Especializado/semi-especializado

03. Não qualificados

04. Fora da população economicamente ativa - PEA

Mãe: _____

01. Proprietário/Nível superior

02. Especializado/semi-especializado

03. Não qualificados

04. Fora da população economicamente ativa - PEA

09. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?

_____ número de anos completados pelo pai

_____ número de anos completados pela mãe

10. (Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:)

Qual é a última série que você terminou na escola?

_____anos de escolaridade completos

11. Quantas pessoas moram na casa?

_____número de pessoas

12. Quem mora na casa? (Anoto o parentesco em relação à criança. Considere quem dorme e faz as refeições).

Pai___ Mãe___ Filhos___ Avós___ Outros_____ (1) Sim (2) Não

13. Quantas cômodos possui a casa?

_____(anote o n° de cômodos)

14. Tem água encanada? (Leia as opções.)

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3) Sim, dentro de casa

15. Como é a privada da casa? (Leia as opções.)

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3) Sanitário com descarga

16. (Entrevistador: Anote o tipo de casa

1) Tijolo

(2) Madeira pré-fabricada

(3) Tijolo/Madeira

(4) Madeira

(5) Papelão/Lata

(6) Outros_____ (especifique)

17. Existe atualmente alguém desempregado vivendo com vocês? Sim Não (Pule para a pergunta 78.) Não sei**18. Quem está desempregado?****(coloque os nomes e a relação familiar com a criança)****19. Na sua casa tem: (para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)**

Rádio_____ Geladeira_____ Carro_____ Aspirador de pó_____ Empregada_____ Freezer _____

Máquina de lavar roupa_____ Vídeo cassete/DVD _____ TV a cores _____ Banheiro _____

20. Esta é a última pergunta. E o chefe da família (a pessoa que tem a maior renda)? Até que série estudou?

_____número de anos completados pelo chefe da família

Bom, muito obrigado em responder nossas perguntas. Temos certeza que isto irá contribuir para melhorar o atendimento que sua criança recebe.

Se você tem qualquer dúvida sobre nossa pesquisa, basta entrar em contato com a nossa coordenadora.

Ele estará satisfeita em falar com você a qualquer momento.

A pessoa responsável pelo estudo é a Enfermeira Claudia Danyella. O telefone dela é: 3213 - 4235.

ANOTAÇÕES RELEVANTES:

APÊNDICE B - Manual de instrução: características demográficas/socioeconômicas



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



Manual de Instrução

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS

01. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade?

Coloque a resposta em meses ou anos (use um número fracionado no campo referente aos anos, caso não seja um número inteiro – ex: 2,5 anos)

02. (Anotar se a criança é:)

Anotar o sexo da criança.

03. Quantos irmãos/irmãs a sua criança têm?

Anotar o número de irmãos/irmãs vivos que a criança escolhida têm.

04. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o) _____ (nome da criança)?

(Circule se são meses ou anos.)

Preencha a idade de cada irmão, circulando nos 3 primeiros se a idade se refere a meses ou anos. Exemplo:

____ anos ____ meses

____ anos ____ meses

____ anos ____ meses

____ anos

____ anos

05. O (A) _____ (nome da criança) vive junto com a mãe e o pai?

Deseja-se saber se a criança vive com ambos os pais, vive somente com a mãe, somente com o pai ou afastada de ambos. É complementada pela pergunta **06 (Se não, com qual deles a criança vive?)**.

07. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? (Caso a criança não viva com os pais, ponha também a idade do cuidador)

Preencha com a idade de cada um dos pais e cuidador se necessário. Caso não se saiba alguma das idades, preencha com **9999**.

08. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?

Preencha usando as palavras do entrevistado.

PESQUISADOR: Depois escolha a opção que melhor classifica a profissão do pai e da mãe

01 - Proprietários/Profissões de nível superior

02 – Especializados/Semi-especializados:

- Função de escritório: corretores, contadores, secretários, auxiliar de escritório, “caixas”, recepcionista, operadores de máquinas de processamento de dados e de máquinas copiadoras, expedidores e conferentes de materiais, office-boys, escrivão judicial, chefes de depósitos e almoxarifados, telefonistas, compradores para firmas, supridores de supermercados, representantes e inspetores de vendas, gerentes de pequenos estabelecimentos, crediariastas, inspetor de polícia, supervisores de segurança do trabalho, professores sem curso superior.
- Mecânicos, eletricitas, montadores, soldadores, motoristas, pedreiros, pintores, encanadores, padeiros, confeiteiros, balconistas, costureiras, cabos e soldados, proprietários de bares, operadores de áudio, , fotógrafos (sem curso técnico), auxiliares de enfermagem (sem curso técnico), vidraceiros, aluzejistas, ferreiros, soldadores, domadores de cavalo, borracheiro, bombeiros (até cabo), sapateiros, tipógrafos, auxiliares de venda, letristas, tricoteiras, tecelões, serralheiros, marceneiros, carpinteiros, instaladores de aparelhos sanitários, capatazes de indústria de alimentos, pintores de couros (em curtumes), e de carros, trabalhadores de açougue (vendedores), auxiliares de laboratórios de Raio X, balanceamento e geometria de

automóveis, carteiros, leituristas de contas de luz, sinalizadores de aeroportos, fotolíticos, auxiliares de cabistas, supervisores de transportes coletivos, supervisores de indústrias de alimentos, encarregados de produção, encanadores, fiscais de vigilância, balanceiros, confeccionistas domiciliares (roupas, sapato, etc.), garagistas, marinheiros, operadores em aplicação de inseticidas, manicures, sapateiros, feirantes, distribuidores de carnes, curtidores de pele (em curtume), artesanato de vasos, trabalhadores em oficinas de aparelhos elétricos e eletrônicos sem curso técnico, chapistas de carros, encarregados de armazém, moleiros, controle de qualidade em indústria de transformação, guarda de valores, barbeiro, capatazes de indústrias e de estâncias, curtidores.

03 - Trabalhadores não qualificados: lixeiros, serventes, empregados domésticos, estivadores, pescadores, vendedores ambulantes, trabalhadores de postos de gasolina, vigias, serviços gerais, auxiliares de depósitos, empacotadores, cozinheiros, cobradores de ônibus, agricultores de minifúndio, vendedores de areia, de leite, retalhistas (açougue), garçons, frentistas, secadoristas de engenho, auxiliares de costureira, freiteiros de charrete, operários de indústria de alimentos (em sua maior parte), serventes de pedreiros, paginadores de jornais, foguistas, acompanhantes de motoristas, graneleiros, mães substitutas (Febem), distribuidores de pão, auxiliares de operadores de máquina, etiqueteiros, vendedores de ferro velho e carnes de promoções, entregadores de lanches e de jornais, demolidores de construção, engraxates, caldeiristas, fiadores de lã.

04- Fora da População Economicamente Ativa – PEA

09. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?

Preencha com o número de séries completadas por cada um dos pais. Some todos os anos. Para segundo grau completo, some $8 + 3 = 11$. Caso um deles (ou ambos) não tenha estudado preencha com **0**, caso não saiba ponha **9999**.

PESQUISADOR: Depois marque a opção correspondente.

10. (Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:) Qual é a última série que você terminou na escola?

Anote a última série completada pelo cuidador. Use a mesma maneira de responder explicada na questão acima.

11. Quantas pessoas moram na casa?

Preencha com o número de pessoas que vivem na casa. Para esta resposta considere viver na casa o fato de compartilhar as principais refeições. Empregados (ex:doméstica) não são contabilizados.

12. Quem mora na casa? (Anote o parentesco em relação a criança. Considere quem dorme e faz as refeições.)

Pai ___ Mãe ___ Filhos ___ Avós ___ Outros ___ (1) Não (2) Sim

Complete ao lado de cada opção com o número 1 quando a resposta for (não) e número 2 quando for (sim).

13. Quantos cômodos possuem a casa?

_____ (anote o nº de cômodos)

14. Tem água encanada? (Leia as opções.)

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3) Sim, dentro de casa

Marque a opção indicada pelo entrevistador.

15. Como é a privada da casa? (Leia as opções)

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3) Sanitário com descarga

Marque a opção indicada pelo entrevistado.

16. (Entrevistador: Anote o tipo de casa:)

- (1) Tijolo
- (2) Madeira pré-fabricada
- (3) Tijolo/Madeira
- (4) Madeira
- (5) Papelão/Lata
- (6) Outros _____ (especifique)

O item (4) Madeira refere-se a casa de madeira feita com pedaços irregulares de Madeira.

17. Existe atualmente alguém desempregado vivendo com vocês?

Dona de casa não é considerada desempregada.

18. Quem está desempregado?

Preencha com o nome e a relação familiar com a criança.

19. Na sua casa tem: (para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)

Rádio _____ Geladeira _____ Carro _____ Aspirador de pó _____ Empregada _____ *Freezer _____
Máquina lavar roupa _____ Vídeo cassete/DVD _____ TV a cores _____ Banheiro _____

* Freezer: Considerar *independente ou 2ª poa da geladeira*

Se o entrevistado confirma a existência de um destes artigos, pergunte se está funcionando e o número de cada um, anotando a quantidade de cada um junto ao referido artigo.

20. Esta é a última pergunta. E o chefe da família (a pessoa que tem a maior renda)? Até que série estudou?

Deseja saber qual o grau de instrução do chefe do família (a pessoa que tem a maior renda).

Preencha com o número de séries completadas pelo chefe da família. Some todos os anos. Para segundo grau completo, some $8 + 3 = 11$. Caso não tenha estudado preencha com **0**, caso não saiba ponha **9999**.

PESQUISADOR: Depois marque a opção correspondente.

APÊNDICE C – Questionário aplicado às equipes de saúde da família



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



QUESTIONÁRIOS PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Estratégia Saúde da Família (ESF) de abrangência: _____
 (nome da equipe)

Responsável preenchimento: _____ Função: _____ Data: _____

1. Equipe Saúde da Família encontra-se completa?
 - 1) Sim (**Passe para a pergunta 3**)
 - 2) Não

2. Qual profissional falta para compor a equipe?
 - 1) Médico
 - 2) Enfermeiro
 - 3) Agente Comunitário de Saúde
 - 4) Auxiliar de enfermagem/Técnico enfermagem

3. A equipe de Saúde da Família possui equipe de Saúde Bucal
 - 1) Sim
 - 2) Não

4. Quanto tempo na mesma equipe tem o profissional: (**Preencha o tempo circulando se o tempo refere a meses ou anos**).
 - 1) Médico _____ (anos) _____ meses
 - 2) Enfermeiro _____ (anos) _____ meses

5. Sobre a qualificação dos profissionais medico e enfermeiro da equipe
 - a) O médico:
 - 1) Possui a residência em saúde da família
 - 2) Está cursando a residência
 - 3) Possui especialização em Saúde da Família
 - 4) Outra especialidade que não seja Saúde da Família
 - 5) Nenhuma especialidade

 - b) O enfermeiro possui:
 - 1) Possui a residência em saúde da família
 - 2) Está cursando a residência
 - 3) Possui especialização em Saúde da Família
 - 4) Outra especialidade que não seja Saúde da Família
 - 5) Nenhuma especialidade

ANEXOS

ANEXO A – Questionário: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na Infância



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

Nome do entrevistador: _____ N° do caso: _____

Hora do início da entrevista: |__|:|__| Hora do final da entrevista: |__|:|__|

Data da aplicação do questionário: __/__/____ Área de abrangência _____

INTRODUÇÃO

(Objetivo do questionário)

ENTREVISTADOR: Olá, meu nome é _____. Nós somos estudantes universitários da área da saúde e estamos fazendo uma pesquisa em Montes Claros para saber o que você pensa sobre o atendimento de saúde que sua(s) criança(s) recebe(m.) Queremos saber sobre a sua experiência quando você leva sua criança para ser atendida em um serviço de saúde. Nós **NÃO** fazemos parte de nenhum serviço de saúde. Todas as suas respostas serão mantidas em segredo. Nós queremos ouvir suas opiniões, não importando se falam bem ou mal do serviço de saúde.

II. A criança _____ (nome) vive nesta casa ? E ela vive nesta comunidade desde que nasceu?

1) Sim 2) Não

(Se Sim, anote o nome, idade, data de nascimento e endereço da criança junto ao item I2 e comece o questionário à partir da pergunta I3.

Se Não, termine o questionário dizendo: Obrigado por sua atenção, desculpe por qualquer inconveniente. Adeus.

QUESTÕES DE RASTREAMENTO

I2. Você pode, por favor, dizer-me o nome completo, a data de nascimento, o seu nome e confirmar o endereço de _____ (nome da criança de 0 a 2 anos selecionada)?

Nome da criança selecionada _____

Idade _____ Data de nascimento: __/__/__ Nome Mãe/cuidadora _____

Endereço: _____ N°: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

I3. Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a) _____ **(nome da criança)?**

1) Sim 2) Não

(Se SIM, passe para a pergunta I4.)

(Se NÃO, pergunte:) Quem seria a pessoa mais apropriada para falar ?

Anote o nome da pessoa: _____

A(O)_____ (nome da pessoa) está disponível para falar comigo agora?

(Se a pessoa está disponível, peça o favor de chamá-la e passe para a pergunta I3.)

(Se a pessoa não está disponível, pergunte:)

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita? Por acaso, você poderia me dizer seu telefone?

(Anote a resposta _____)

Obrigado por sua atenção, eu voltarei a fazer uma visita neste dia e horário, confirmando antes por telefone.

I4. Este momento é apropriado para conversarmos?

1) Sim (**Vá para o consentimento.**)

2) Não (**Pergunte a questão abaixo.**)

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita?

Anote a resposta _____

CONSENTIMENTO

O respondente indica que está interessado na pesquisa.

(Se a pessoa, leu e assinou o termo de consentimento, portanto, concordou e em participar da pesquisa passe para a pergunta I5.)

(Se a pessoa não concordou e em participar da pesquisa – finalizar a entrevista dizendo: obrigado por sua atenção, desculpe por qualquer inconveniente. Adeus.)

I5. Qual é seu parentesco com o(a)_____ (**nome da criança**)? (**Não leia as alternativas**)

1) Mãe

2) Pai

3) Madrasta

4) Padrasto

5) Tio/a

6) Avô/ó

7) Irmão/ã

8) Outro parentesco

9) Guardião legal

10) Amigo

11) Outro (Especificar.) _____

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você **COSTUMA** levar (a)_____ (**nome da criança**) quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)?

a) Não

b) Sim .Por favor diga o nome e o endereço (localização).

Nome do médico ou lugar: _____

Endereço: _____

2. Existe um serviço de saúde onde **CONHECEM BASTANTE BEM** a sua criança? (**Não leia as alternativas.**)

a) Não

b) Sim, o mesmo lugar acima

c) Sim, lugar diferente. Por favor dê o nome e o endereço.

Nome do médico ou lugar: _____

Endereço: _____

3. Existe um médico/enfermeira que você **CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL** pelo atendimento de sua criança? (**Não leia as alternativas.**)

a) Não

b) Sim, o mesmo que #1 & #2 acima

c) Sim, o mesmo que #1 somente

d) Sim, o mesmo que #2 somente

e) Sim, diferente de #1 & #2. Por favor dê o nome e o endereço.

Nome do médico ou lugar: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DE (MÉDICO/ENFERMEIRA) OU SERVIÇO DE SAÚDE A SER PESQUISADO).

a) Se os três lugares referem-se ao mesmo, por favor pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar. (**Vá para a questão 4.**)

b) Se quaisquer destes dois lugares referem-se ao mesmo, por favor, pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar. (**Vá para a questão 4.**)

c) Se todos os três lugares são diferentes, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta 1. (**Vá para a questão 4.**)

d) Se a pessoa respondeu **NÃO** para duas questões, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta que obteve resposta **SIM**. (**Vá para a questão 4.**)

e) Se a pessoa respondeu **NÃO** para todas as três questões, por favor, pergunte: Qual é o nome do último médico ou lugar onde você levou sua criança?

Nome: _____

Endereço: _____

Pergunte todo o restante do questionário sobre este último lugar visitado.

Após a identificação deste serviço de saúde/médico/enfermeira, pergunte todo o restante do questionário sobre ele, substituindo “médico/enfermeira” ou “nome do local” pelo nome do identificado.

4. (**Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo**)

1) A emergência de um hospital

2) O ambulatório de um hospital

3) O consultório específico de um médico fora do hospital

4) O consultório específico de um médico dentro do hospital

5) Uma clínica privada

6) Um Centro de Saúde

7) A Unidade de Saúde da Família

9) Não sei

Todas as perguntas seguintes serão sobre _____ (nome do local, médico/enfermeira ou serviço de saúde identificado).

5. Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura:

1) um LOCAL definido

- 2) um MÉDICO definido
- 3) uma ENFERMEIRA definida
- 4) Nenhuma destas (**ENTREVISTADOR: nas perguntas seguintes, onde existe “(médico/enfermeira)” utilize sempre a opção referida nesta pergunta pelo entrevistado.**)
- 6.** O seu (médico/enfermeira) atende (**ler as alternativas**):
- 1) Somente crianças
- 2) Crianças e adultos
- 9) Não sei / Não me lembro
- 7.** O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (**ler as alternativas**)
- 1) Somente certos tipos de problemas
- 2) A maioria dos tipos de problemas
- 9) Não sei / Não me lembro
- 8.** Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) _____(nome do local)? _____ número de vezes
- (Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:)**
- 1) menos de 5 vezes
- 2) 5 a 10 vezes
- 3) 11 a 15 vezes
- 4) 16 a 20 vezes
- 5) mais de 20 vezes
- 9.** Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _____(nome do local)?
- (Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:)**
- 1) Menos de 6 meses
- 2) Entre 6 meses e um ano
- 3) 1 – 2 anos
- 6) Muito variável para especificar
- 9) Não sei / Não me lembro
- 10.** Você escolheu o(a) _____(nome do local) ou você leva sua criança para consultar nele porque pertence à área deste _____(nome do local)?
- 1) Você ou alguém de sua família o escolheu
- 2) Você foi designado a ele
- 3) Outro (especificar) _____
- 9) Não sei / Não me lembro
- 11.** Você leva sua criança no(a) _____(nome do local) por algum tipo de problema médico específico?
- 1) Sim
- 2) Não
- 9) Não sei / Não me lembro
- (Se SIM, pergunte)** Que problema é este? _____(cite-o)

ACESSO - PRIMEIRO CONTATO

Por favor, escolha a melhor opção. (explique ao entrevistado que todas as perguntas serão respondidas conforme as respostas que estão no Cartão de Respostas; caso a pessoa não saiba ler repita em todas as perguntas as opções possíveis)

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
12. Quando (a) ____ (nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste ____ (nome do local) a atende no mesmo dia?	4)	3)	2)	1)	9)
13. Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta no(a) ____ (nome do local)?	4)	3)	2)	1)	9)
14. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) ____ (nome do local)?	4)	3)	2)	1)	9)
15. Quando você chega no ____ (nome do local), você tem que esperar mais de 30 min antes que sua criança seja vista pelo médico ou pela enfermeira dentro do consultório?	4)	3)	2)	1)	9)
16. É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no ____ (nome do local) quando você acha que é necessário?	4)	3)	2)	1)	9)
17. Quando o ____ (nome do local) está aberto, você conseguiria conselho médico pelo telefone de maneira rápida, caso você precisasse?	4)	3)	2)	1)	9)

ATENÇÃO CONTINUADA

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
18. Você acha que o (a) (médico/enfermeira) entende o que você diz ou pergunta?	4)	3)	2)	1)	9)
19. O (a) (médico/enfermeira) responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4)	3)	2)	1)	9)
20. Se você tem alguma dúvida sobre a saúde de sua criança, pode conversar com o médico ou enfermeira que mais conhece sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)
21. No ____ (nome do local) sua criança é conhecida e atendida com atenção?	4)	3)	2)	1)	9)
22. O(a) (médico/enfermeira) lhe dá tempo suficiente para você falar	4)	3)	2)	1)	9)

sobre suas preocupações ou problemas?						
		Sempre	Muitas Vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei/ Não me lembro
23.	Você se sente à vontade para falar com o(a) (médico/enfermeira) sobre suas preocupações ou problemas?	4)	3)	2)	1)	9)
		Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
24.	O(a) (médico/enfermeira) conhece a história médica completa de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
25.	O(a) (médico/enfermeira) conhece todas as medicações que sua criança está tomando?	4)	3)	2)	1)	9)
26.	O (a) (médico/enfermeira) conversaria com seus familiares quando você acha que isto é importante?	4)	3)	2)	1)	9)
		Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
27.	Você trocaria o (a) _____(nome do local) por outro local se isto fosse fácil de fazer? (leia as alternativas)	4)	3)	2)	1)	9)

COORDENAÇÃO

28. Sua criança teve alguma vez uma consulta com um especialista ou algum serviço especializado?

1) Sim

2) Não (**Pule para a próxima página, questão 44.**)

9) Não sei / Não me lembro (**Pule para a próxima página, questão 44.**)

		Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
29.	O(a) (médico/enfermeira) da sua criança tinha encaminhado sua criança para este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)
30.	O(a) (médico/enfermeira) da sua criança sabe que ela consultou com este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)
31.	O(a) (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)
32.	Depois desta consulta com o especialista, seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre o que aconteceu na consulta?	4)	3)	2)	1)	9)

	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
33. O(a) seu (médico/enfermeira) demonstrou interesse em saber sobre a qualidade do atendimento que sua criança recebeu do especialista?	4)	3)	2)	1)	9)

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS BÁSICOS DISPONÍVEIS)

34. Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____ (nome do local) tem estes serviços.

	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
a. No(a) _____ (nome do local) tem vacinas	4)	3)	2)	1)	9)
b. No(a) _____ (nome do local) fazem avaliação para incluir sua família em programas sociais (bolsa-escola) ou benefícios do governo	4)	3)	2)	1)	9)
c. No(a) _____ (nome do local) tem anticoncepcionais	4)	3)	2)	1)	9)
d. No(a) _____ (nome do local) tem programa do leite	4)	3)	2)	1)	9)

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS COMPLEMENTARES DISPONÍVEIS)

35. Vou te falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____ (nome do local) tem estes serviços.

	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, Não	Não sei/ Não me lembro
a. No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento ou tratamento para alcoolismo ou uso de drogas	4)	3)	2)	1)	9)
b. No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento para problemas dos nervos, do comportamento ou de saúde mental	4)	3)	2)	1)	9)
c. No(a) _____(nome do local) fazem pontos para cortes profundos	4)	3)	2)	1)	9)
d. No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento e exames para HIV/AIDS	4)	3)	2)	1)	9)
e. No(a) _____(nome do local) tem avaliação da necessidade do uso de óculos	4)	3)	2)	1)	9)

INTEGRALIDADE (AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO RECEBIDOS)

36. Vou te falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____ (nome do local) tem estes serviços.

	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, Não	Não sei/ Não me lembro
a. Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	4)	3)	2)	1)	9)
b. Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão	4)	3)	2)	1)	9)
c. Segurança doméstica: como guardar remédios com segurança	4)	3)	2)	1)	9)
d. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança	4)	3)	2)	1)	9)
e. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando que a criança vai caminhar, controlar o xixi.....	4)	3)	2)	1)	9)

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As próximas perguntas são sobre as relações do _____ (nome do local) com sua família e comunidade Por favor, escolha a melhor opção.

	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, Não	Não sei/ Não me lembro
37. Você acha que o/a (médico/enfermeira) conhece a sua família bastante bem?	4)	3)	2)	1)	9)
38. O (a) (médico/enfermeira) sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família	4)	3)	2)	1)	9)
39. O(a) (médico/enfermeira) sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança	4)	3)	2)	1)	9)
40. O(a) seu (médico/enfermeira) pergunta se sua família tem problemas em conseguir ou comprar os medicamentos que sua criança precisa	4)	3)	2)	1)	9)
41. O seu (médico/enfermeira) lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)
42. O seu (médico/enfermeira) lhe perguntou sobre doenças ou problemas que têm na sua família?	4)	3)	2)	1)	9)

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
43. Alguém do seu _____(nome do local) faz visitas domiciliares?	4)	3)	2)	1)	9)
44. O seu _____(nome do local) conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4)	3)	2)	1)	9)
45. Como o seu _____(nome do local) conhece as opiniões e idéias das pessoas para ajudar a melhorar o atendimento? Ele(a)	4)	3)	2)	1)	9)
a. Faz levantamento de problemas de saúde na comunidade nas casas?	4)	3)	2)	1)	9)
b. Convida membros das famílias a participarem no conselho de saúde?	4)	3)	2)	1)	9)

CARTÃO DE RESPOSTAS

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
---------------	-------------------------	-------------------------	--------------	--

CARTÃO DE RESPOSTAS

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
---------------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------------	--

ANEXO B – Manual de Instrução



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UM ENFOQUE SOBRE A SAÚDE INFANTIL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS –
MG**

MANUAL DE INSTRUÇÕES

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Caro colaborador,

Este é o manual de campo da pesquisa. Com sua ajuda estamos realizando uma AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ENFOQUE SOBRE A SAÚDE INFANTIL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS – MG contribuindo para melhorar a atenção à saúde das crianças de nossa cidade. Uma pesquisa desse porte deve ter algumas regras bem definidas para que seus resultados consigam refletir a realidade da saúde nas comunidades entrevistadas. Este manual é um apoio neste sentido.

Esperamos que aqui você possa encontrar a solução para as dúvidas mais comuns ao longo do seu trabalho de campo. Caso alguma dificuldade inesperada surja durante seu trabalho, não pense duas vezes: entre em contato conosco.

Danyella: 8825-4235/3213-4235

Ainda em casa....

Cada entrevistador deverá ter todo material necessário para a realização das entrevistas. Confira na lista abaixo se não lhe falta nada:

- crachá;
- carteira de identidade;
- lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- questionários;
- manual de instruções;
- Cartões Resposta;

Não esqueça de vestir uma roupa confortável. Não use roupas curtas, nem justas. Vista-se de maneira recatada. Não use roupas de marcas, nem tênis/sapatos de grife. Não leve dinheiro em excesso. Não use jóias.

Etapas do trabalho de campo

1. PONTUALIDADE NO CAMPO;

2. TRANSLADO ATÉ O LOCAL DO TRABALHO:

Verifique o ônibus correto que você deve pegar, para chegar ao destino desejado.

A partir da chegada na comunidade a concentração deve ser total nas tarefas a realizar.

3. RECONHECIMENTO DA ÁREA:

Procure a Unidade de Saúde da Família para que o enfermeiro ou um agente comunitário ou um morador do local, possa lhe passar informações sobre a área a ser visitada. Preste atenção nos locais considerados mais perigosos, nas indicações sobre a localização de becos e ruas, no ponto e horário de encontro final.

4. CASAS A VISITAR

Caso não haja ninguém na casa escolhida, informe-se com um vizinho se existem moradores e se entre eles há a criança com menos de 2 anos, já selecionada. Se reside a criança com menos de 2 anos, mas no momento não há ninguém na casa, anote o endereço no questionário para nova visita no futuro, além de perguntar ao vizinho se ele sabe o horário mais fácil de encontrar as pessoas em casa. Cada casa sorteada será visitada no máximo 3 vezes em horários e dias distintos.

Visite as casas selecionadas nesta área, localizando as crianças previamente escolhidas.

Pergunte se a criança escolhida vive nesta comunidade desde o nascimento. Se sim: APRESENTE-SE E INICIE O QUESTIONÁRIO.

Lembre-se:

Critérios de Inclusão

Para as crianças:

- Ser habitante da área de cobertura da ESF durante todo seu período de vida (0-2 anos);
- Ter menos de 2 anos de idade;
- Ter utilizado, no último ano, pelo menos 1 vez o serviço da ESF.

Para o cuidador:

- Ter mais de 15 anos de idade.

Critérios de exclusão

Para o cuidador:

- Não ter condições físicas / mentais para responder ao questionário.

Caso tenha algum problema na identificação da casa ou na localização da criança selecionada, Anote. Da mesma maneira, caso a criança não tenha nascido na área da pesquisa, não inicie o questionário: agradeça e despeça.

5. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Informe que você é estudante da universidade e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE A SAÚDE DAS CRIANÇAS E O ATENDIMENTO QUE ELAS RECEBEM.

Reforce que você **NÃO** pertence a unidade de saúde da comunidade. Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas.

Reforce a **IMPORTÂNCIA** do estudo para todas as crianças da comunidade.

Diga que esta família foi escolhida por sorteio e que sua colaboração é muito importante para ajudar na pesquisa. Diga que a entrevista vai durar mais ou menos 30 minutos.

Mostre seu crachá.

Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para as crianças da comunidade. Se houver recusa inicial, combine um horário mais adequado para o entrevistado. Anote o endereço e o horário da nova visita.

6. INSTRUÇÕES GERAIS

Não vá entrando no terreno/casa do entrevistado, caso não tenha sido convidado.

Bata palmas ou use a campainha.

Seja simpático desde o início. É despertando o interesse inicial do entrevistado que você conseguirá realizar uma entrevista tranquila.

Caso você seja convidado a entrar na casa para realizar a entrevista, aceite desde que não perceba uma situação de risco (morador embriagado, etc.).

Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ele(a) trabalha.

Se lhe oferecerem um cafezinho, aceite-o.

Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome.

Seja simpático. O questionário é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade.

Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra.

Formule as perguntas exatamente como estão escritas. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar a pergunta. Não induza as respostas. Tranquilidade é a chave do sucesso!!

Sempre mostre o Cartão de Respostas adequado. Quando indicado, leia as alternativas.

Quando houver dúvidas sobre a resposta, escreva por extenso para posterior discussão com o coordenador.

Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita a pergunta de maneira mais enfática.

Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: “2 ou 3 vezes”), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se não souber, marque o valor inferior.

Se houver dúvida entre marcar “sim” (sempre) ou “não” (nunca), marque “não” (nunca). Mas, antes, repita a pergunta.

Se a resposta do entrevistado for “sim”, mas ele tem que escolher a resposta entre as alternativas “Sempre/Muitas vezes” ou “Com certeza sim/Acho que sim”, leia apenas as respostas afirmativas. Se, por outro lado, a resposta for “não”, leia apenas as opções negativas: “Poucas vezes/Nunca” ou “Acho que não/Com certeza Não”.

Marque a resposta à caneta, circulando o quadradinho e o número (ou palavra) correspondente. Caso surjam erros, aponte com uma seta e escreva “Resposta correta”. Ex:

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

Escreva sempre com letra de forma.

Não deixe perguntas em branco.

Caso o entrevistado não saiba uma resposta que exige um número para ser respondida (ex: a idade), não deixe em branco, preencha com 9999.

Não leia para os entrevistados o título de cada sessão do questionário.

Não leia para os entrevistados o que está entre parênteses no questionário.

Considerar como membro da família todas as pessoas que fazem as refeições juntas. Se houver empregadas domésticas na casa, não contar como família.

Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: “serviço de saúde é o local onde você leva sua criança quando ela está doente, por exemplo: um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros.”

Não esqueça os Cartões de Resposta na casa dos entrevistados!!

Ao terminar o questionário, ainda na casa do entrevistado, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhuma pergunta foi esquecida.

7. QUESTIONÁRIO

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

- Não preencha o campo “Número do caso”.

- Nome do entrevistador:

Preencha com o nome de quem realiza a entrevista.

- Hora do início e final da entrevista:

Preencher com horário de 24 horas, por exemplo: 13:23.

- Data da aplicação do questionário: Preencher com o dia, mês e ano (4 dígitos).

Área de abrangência: Escrever o nome da equipe de Saúde da Família que atende esta criança/família.

INTRODUÇÃO E QUESTÕES DE RASTREAMENTO

I1- A criança _____ (nome) vive nesta casa? E ela vive nesta comunidade desde que nasceu?

Anote a resposta e siga as instruções entre parênteses.

I2- Anote o nome da criança selecionada, sua idade, data de nascimento, endereço e o nome da mãe/cuidadora da criança.

I3- Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a) _____ (nome da criança)?

Esta pergunta identifica o(a) cuidador(a) principal da criança selecionada.

Anote o nome da pessoa identificada como cuidador principal.

Ao aplicar o questionário sempre tente substituir “sua criança/nome da criança” pelo NOME da criança selecionada.

I4- Este momento é apropriado para conversarmos?

Siga as instruções entre parênteses.

Caso o cuidador principal não esteja disponível anote o horário mais apropriado e o telefone, se possível.

CONSENTIMENTO

Leia o consentimento e peça para o cuidador principal assiná-lo. Caso o cuidador principal não saiba escrever, leia o termo junto de uma testemunha que saiba escrever e peça para que esta pessoa assine no local indicado.

I5- Qual é seu parentesco com o(a) _____ (nome da criança)?

Marque o parentesco adequado.

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você COSTUMA levar o(a) _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)?

Enfatize a palavra sublinhada.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde.

2. Existe um serviço de saúde onde CONHECEM BASTANTE BEM a sua criança?

Enfatize as palavras sublinhadas.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta 1.

3. Existe um médico/enfermeira que você CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL pelo atendimento de sua criança?

Enfatize as palavras sublinhadas.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta 1 e 2.

Após estas 3 perguntas você deve saber identificar o serviço de saúde/profissional que será focado ao longo de todo o questionário. Siga as instruções de identificação contidas no questionário.

4. (Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo.)

Marque a resposta que melhor caracterize o local identificado.

5. Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura:

“CONSULTAR” corresponde ao encontro individualizado do cuidador+criança com o médico ou enfermeira dentro do consultório.

Defina se a pessoa procura um profissional específico (médico ou enfermeira) ou um serviço de saúde. A partir desta questão, todas as perguntas vão referir-se a este local/profissional. Substitua sempre “NOME DO LOCAL” pelo nome do serviço especificado (por exemplo “postinho da vila”) e substitua sempre “MÉDICO/ENFERMEIRA” por “Dr.nome do médico” ou “Enfª nome da enfermeira”.

6. O seu (médico/enfermeira) atende:

Leia as alternativas e marque a resposta indicada.

7. O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (ler as alternativas):

“Somente certos tipos de problemas” refere-se ao atendimento especializado de alguns tipos específicos de problemas de saúde, enquanto “A maioria dos tipos de problemas” refere-se a um ambulatório geral.

8. Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) _____ (nome do local)? _____

Anote o número de vezes que a criança já esteve no local indicado.

9. Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _____ (nome do local)?

Sempre substitua “sua criança” pelo nome da criança escolhida.

10. Você escolheu o(a) _____ (nome do local) ou você consulta nele porque pertence à área deste _____ (nome do local)?

Marque a resposta indicada.

11. Você leva sua criança no(a) _____ (nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

Problema médico específico refere-se a condições específicas de saúde, por exemplo: desnutrição, asma, problemas congênitos, retardo mental. Se necessário use exemplos.

Caso a resposta seja SIM, anote o tipo do problema.

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO

Para as questões 12 a 17, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
---------------	---------------------	---------------------	--------------	--------------------------------

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

12. Quando o(a) _____ (nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste _____ (nome do local) a atende no mesmo dia?

Caso o entrevistado responda que deve chegar cedo para conseguir “ficha” para o mesmo dia, insista nas respostas do Cartão, salientando que número de vezes (sempre, muitas, poucas, nunca) ele chega cedo e consegue a “ficha”.

14. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) _____ (nome do local)?

Deseja-se saber sobre a consulta de puericultura. A consulta onde se mede e pesa a criança, para mantê-la saudável. Não é a consulta de retorno para reavaliação de um problema de saúde.

ATENÇÃO CONTINUADA

Para as questões 18 a 23, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
---------------	---------------------	---------------------	--------------	--------------------------------

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para a questão 24, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
-------------------------	---------------------	---------------------	-------------------------	--------------------------------

No início desta pergunta, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as questões 25 e 26, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
---------------	---------------------	---------------------	--------------	--------------------------------

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para a questão 27, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
-------------------------	---------------------	---------------------	-------------------------	--------------------------------

COORDENAÇÃO

Para as questões 29 a 33, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
---------------------	--------------	--------------	---------------------	-------------------------

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para estas perguntas, caso a criança esteja em acompanhamento com o especialista, com retornos automáticos, todas as perguntas devem referir-se a primeira consulta com este especialista.

31. O (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?

Caso a criança ainda não tenha consultado no posto após a consulta com o especialista, marque **9** (Não sei).

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS BÁSICOS E COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS)

34 e 35. Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____ (nome do local) tem estes serviços.

Saliente que esta pergunta não se refere especificamente à criança escolhida. Esta pergunta é sobre toda a experiência com o serviço de saúde que esta pessoa possui. Não necessariamente ela deve ter recebido estes serviços, mas sim saber ou não sobre sua disponibilidade. Estes serviços referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO na unidade. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no posto em questão.

Para responder cada item use o Cartão de Respostas nº 1, com as alternativas:

Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
---------------------	--------------	--------------	---------------------	-------------------------

O item “34b” inclui o Programa do Leite, já que este também é um programa social do governo.

O item “35d” deve incluir os dois: aconselhamento e teste para HIV, caso contrário marque **9**.

INTEGRALIDADE – AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO RECEBIDOS

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

A cada item acrescente antes “O seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre”

Para as respostas, use o Cartão de Respostas nº2, com as alternativas:

Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
---------------------	--------------	--------------	---------------------	-------------------------

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Para as questões 37 a 40, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
---------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------	------------------------------------

Para as questões 41 e 42, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
---------------	---------------------	---------------------	--------------	------------------------------------

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Para as questões 43 a 45, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
---------------	---------------------	---------------------	--------------	------------------------------------

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa

Título da pesquisa: Avaliação dos atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia saúde da família em Montes Claros – MG

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros/Mestrado Profissional em Cuidado Primário

Patrocinador: Não se aplica

Pesquisadora: Enfermeira Claudia Danyella Alves Leão

Orientador Responsável: Dr. Antônio Prates Caldeira

Atenção: Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

- 1- Objetivo:** Avaliar as características alguns serviços de saúde (Unidades de Saúde da Família, chamadas de unidades de atenção primária a saúde), com enfoque sobre a saúde infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Montes Claros – MG
- 2- Metodologia/procedimentos:** Trata-se de uma pesquisa realizada através de entrevistas. Posteriormente os dados serão digitados em computador para análise.
- 3- Justificativa:** Este estudo vai contribuir para evidenciar se as unidades de saúde da família possuem suas ações em saúde infantil bem desenvolvidas, segundo as boas recomendações da Atenção Primária à Saúde. A pesquisa também vai oferecer subsídios para que os gestores e os profissionais de saúde possam planejar e organizar a atenção primária e, conseqüentemente promover a saúde infantil.
- 4- Benefícios:** Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.
- 5- Desconfortos e riscos:** Não existem riscos ou desconfortos pela participação.
- 6- Danos:** Não existem.
- 7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não existem.

8- Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

9- Compensação/indenização: A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.

10- Outras informações pertinentes: Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome da pesquisadora	Assinatura pesquisadora	Data
_____	_____	_____
Nome do orientadora da pesquisa	Assinatura da orientador da pesquisa	Data

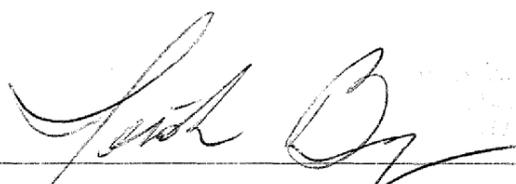
Endereço da pesquisadora: Rua Santa Maria, 184 – Bairro: Todos os Santos
CEP: 39400-115 Montes Claros - MG
Fone: (38) 3213-4235

Endereço do orientador: Rua Dr Walter Ferreira Barreto, 225 –Bairro: Ibituruna
CEP: 39401-347 - Montes Claros - MG
Fone: (38) 3222-3879

ANEXO D – Autorização para realização da pesquisa no Município de Montes Claros

Declaração

Declaro que a pesquisa intitulada de AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ENFOQUE SOBRE A SAÚDE INFANTIL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MONTES CLAROS – MG tem a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros para ser realizada pela pesquisadora Claudia Danyella Alves Leão.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS
RUA JOÃO DE ALMEIDA, 100 - CENTRO - MONTES CLAROS - MG

Cássia Pérola dos Anjos Braga Pires
Diretoria de Assistência de Saúde

ANEXO E – Parecer Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

COMITÊ DE ÉTICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

Montes Claros, 08 de julho de 2008.

Processo N.º **1117/08**.Título do Projeto: Avaliação dos atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia saúde da família em Montes Claros - MG.Coordenador (a): Mariléia Chaves AndradeRelatora: **Prof^a. Simone de Melo Costa****Histórico**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pelo primeiro contato, pela continuidade e integralidade da atenção além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência dos profissionais da saúde. O projeto objetiva avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, MG. O estudo envolverá 348 crianças menores de 2 anos e cuidadores maiores de 15 anos que responderão a um questionário.

Mérito

O projeto contribuirá para evidenciar se as unidades de saúde da família possuem ações em saúde infantis embasadas nos atributos essenciais e derivadas da Atenção Primária à Saúde.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo **1117**, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.


Prof^a. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes