

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE
PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA CRIANÇA: ESTUDO
DE CASO NO DISTRITO DE SAÚDE NORTE DA CIDADE
DE MANAUS/AM

SINEIDE SANTOS DE SOUZA

MANAUS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE
PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

SINEIDE SANTOS DE SOUZA

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA CRIANÇA: ESTUDO
DE CASO NO DISTRITO DE SAÚDE NORTE DA CIDADE
DE MANAUS/AM

Dissertação apresentada ao Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas em convênio com o Instituto Leônidas e Maria Deane para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Linha de pesquisa: Abordagens Socioculturais e Biológicas do Processo Saúde-Doença na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

MANAUS

2016

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S729a Souza, Sineide Santos de
Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Básica em Saúde da Criança : estudo de caso no Distrito de Saúde Norte da cidade de Manaus/AM / Sineide Santos de Souza. 2016
94 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: David Lopes Neto
Coorientador: Maria Jacirema Ferreira
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde da criança. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

SINEIDE SANTOS DE SOUZA

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA CRIANÇA: ESTUDO
DE CASO NO DISTRITO DE SAÚDE NORTE DA CIDADE
DE MANAUS/AM

Dissertação apresentada ao Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas em convênio com o Instituto Leônidas e Maria Deane para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Linha de pesquisa: Abordagens Socioculturais e Biológicas do Processo Saúde-Doença na Amazônia.

Aprovado em ____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Lopes Neto – Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Antônio Levino da Silva Neto – Membro
Instituto Leônidas e Maria Deane / Universidade Federal do Amazonas

Prof^ª Dr^ª Nair Chase da Silva – Membro
Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA

Às crianças

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser a razão da minha existência, por tornar meus sonhos possíveis, por seu amor e fidelidade. A ti Senhor, toda honra e glória!

Ao meu amado esposo Paulo, por seu amor incondicional, por estar sempre ao meu lado, apoiando-me em todos os momentos e por sua alegria contagiante. Essa vitória também é sua!

Aos meus filhos e neto por me fazerem experimentar a forma mais sublime de amar, vocês são o motivo da minha inspiração e motivação, são o melhor de mim.

À minha querida mãe, por ser um exemplo para minha vida, por seu amor, incentivo e orações sempre.

Aos meus irmãos, pelo apoio e incentivo e por acreditarem em mim. Agradeço também a minha cunhada Luzinete por sua ajuda e apoio incondicional.

Aos amigos pelos momentos de descontração e pelo incentivo, orações e apoio, vocês tornam minha vida mais leve.

À Rizioléia, minha amiga/irmã, que não mediu esforços para ajudar nessa caminhada, obrigada por se fazer presente nos momentos importantes da minha vida.

À Hadelândia, amiga especial, que se faz presente sempre que preciso de conselhos e ajuda.

Aos colegas de trabalho, em especial a Arinete, seus conselhos e colaboração foram fundamentais para tornar esse sonho possível.

À Universidade Federal do Amazonas e ao Instituto Leônidas e Maria Deane pelo ambiente incentivador que proporcionam.

Ao meu orientador, Prof. Dr. David Lopes Neto e a minha coorientadora Prof^a. Dr^a. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves por acreditarem no projeto, pela liberdade e confiança depositadas em mim, pela compreensão e pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Ao professor Dr. Antônio Levino da Silva Neto e à professora Dr^a Nair Chase da Silva pela participação na Banca Examinadora.

Aos docentes, funcionários e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, pela disposição, atenção e colaboração.

À equipe de pesquisa, em especial aos entrevistadores André, Anny Beatriz, Anny Karoline e Krisna, as digitadoras Bruna e Luzinete. Obrigada pela dedicação e companheirismo nos momentos difíceis, pelos momentos alegres e descontraídos, por vivenciarem comigo experiências riquíssimas que ficarão marcadas em nossas vidas. Vocês foram maravilhosos!

Às mães e cuidadores das crianças, pela receptividade e disponibilidade em participar da pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde, ao Distrito de Saúde Norte e as equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família que nos acolheram e cederam informações necessárias para a realização desse trabalho.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado, muito obrigada!

Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor, serei como o bronze que soa ou como o címbalo que retine.

Ainda que eu tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transportar montes, se não tiver amor, nada serei.

1 Coríntios 13:1-2

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo fortalecida após a Conferência Internacional de Alma-Ata. O Brasil escolheu a Estratégia Saúde da Família (ESF) para operacionalizar a APS, como ordenadora do modelo assistencial, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS possui atributos, os quais, sendo aplicados, favorecem a qualidade da atenção, especialmente para crianças. Este estudo objetivou avaliar os atributos essenciais da APS na assistência à saúde da criança ofertada pelas equipes da ESF na zona Norte de Manaus e identificar os fatores associados ao escore essencial, por meio do *PCATool*. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com a utilização de dois instrumentos para coleta de dados: um questionário características socioeconômicas e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool Brasil versão Criança. Participaram do estudo 320 mães de crianças menores de dois anos residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes da ESF. A análise obedeceu às recomendações do Manual PCATool-Brasil. Quanto aos atributos essenciais da APS, apresentaram escores satisfatórios ($\leq 6,6$) apenas os atributos Acesso – Utilização (6,7) e Coordenação – Sistema de Informação (8,7); os demais atributos apresentaram baixos escores: Acesso – Acessibilidade (5,0), Longitudinalidade (6,5), Coordenação – Integração de Cuidados (6,5), Integralidade – Serviços Disponíveis (5,5) e Serviços Prestados (6,1). O escore do atributo Essencial da APS foi insatisfatório (6,5), o que evidencia que a APS precisa avançar no sentido de oferecer acesso efetivo e cuidado integral à criança. O componente grau de afiliação apresentou média 6,7. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre escore Essencial da APS e condições socioeconômicas, significando que o resultado do escore Essencial pode ser atribuído somente ao serviço de saúde oferecido. O α de *Cronbach* apresentou valor $> 0,75$ e comprovou a validade do instrumento. O estudo revelou que a assistência à saúde da criança menor de dois anos na ESF não está orientada pela APS e se apresenta pouco efetiva, com problemas relacionados ao acesso, dificuldades na criação de vínculo com a criança/família, persistência da fragmentação do cuidado e coordenação da atenção deficiente. Há necessidade de reorientação das ações de saúde, com vista a modificar e melhorar a qualidade da atenção oferecida à população infantil, que devido à sua vulnerabilidade, compõe uma das áreas prioritárias no país.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The Primary Health Care (APS) has been strengthened after the International Conference of Alma-Ata. Brazil has chosen the Family Health Strategy (FHS) to operationalize the PHC, as ordering the care model based on the principles of the Unified Health System (UHS). The APS has attributes which, being applied, favoring the quality of care, especially for children. This study aimed to evaluate the essential attributes of APS in health care for children offered by the FHS teams in the north of Manaus and identify the factors associated with essential score through the *PCATool*. This is an evaluative study and we used two instruments for data collection: a questionnaire on socioeconomic characteristics and the Primary Care Assessment Tool (PCATool) Brazil Child version. The study included 320 mothers of children under two years living and registered in the areas of coverage of the FHS teams. The analysis followed the recommendations of PCATool-Brazil Guide. As for the essential attributes of APS, showed satisfactory scores (≤ 6.6) only attributes Access - Use (6.7) and Coordination - Information System (8.7); the other attributes presented low scores: Access - Accessibility (5.0), Longitudinality (6.5), Coordination - Integration of Care (6.5), Comprehensiveness - Services Available (5.5) and Services (6.1). The Essential attribute score of APS was unsatisfactory (6.5) and shows that APS must move towards providing effective access and comprehensive care for children. The component degree of affiliation showed an average 6.7. Statistically significant between Essential score of APS and socioeconomic associations were identified, meaning that the outcome of Essential score can be attributed only to the health service offered. The α Cronbach presented value >0.75 , reinforcing the validity of the instrument. The study revealed that the health care of children under two years in the FHS is not guided by APS and presents less effective, with problems related to access, difficulties in creating bond with the child/family, persistent fragmentation of care and coordination of care deficient. There is need for reorientation of health actions, in order to modify and improve the quality of care provided to the child population, which because of their vulnerability, makes up one of the priority areas in the country.

Keywords: Child Health. Health Services Evaluation. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

AB:	Atenção Básica
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI:	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AMQ:	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS:	Atenção Primária à Saúde
CAA-DAB:	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
Caic:	Centro de Atenção Integral à Criança
Caimi:	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
Caps:	Centro de Atenção Psicossocial
CD:	Crescimento e Desenvolvimento
CEO:	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP\UFAM:	Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Federal do Amazonas
Coep\SEMSA:	Comissão de Ética em Pesquisa/Secretaria Municipal de Saúde
CSC:	Caderneta de Saúde da Criança
Disa:	Distrito de Saúde
DSS:	Determinantes Sociais da Saúde
ECA:	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF:	Estratégia Saúde da Família
MC:	Método Canguru
MS:	Ministério da Saúde
ODM:	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS:	Organização Mundial da Saúde
PAISC:	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PBF:	Programa Bolsa Família
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMAQ-AB:	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMF:	Programa Médico da Família
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PSF:	Programa de Saúde da Família
PS:	Pronto Socorro
RAS:	Rede de Atenção à Saúde
Siab:	Sistema de Informação da Atenção Básica
SEMSA:	Secretaria Municipal de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
SUSAM:	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
SPA:	Serviço de Pronto Atendimento
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI:	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UBSF:	Unidade Básica de Saúde da Família
Unicef:	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	18
3.1.1 Estratégia Saúde da Família	22
3.2 Políticas Públicas na Atenção à Saúde da Criança	27
3.3 Avaliação em Saúde	31
3.3.1 PCATool-Brasil.....	34
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1 Desenho do Estudo	37
4.2 Local do Estudo	37
4.3 População do Estudo	39
4.3.1 Amostra	39
4.3.2 Critérios de Inclusão.....	41
4.3.3 Critério de Exclusão	41
4.4 Instrumentos de Coleta de Dados	42
4.5 Treinamento da Equipe e Pré-teste	43
4.6 Coleta de Dados.....	43
4.7 Análise dos Dados	45
4.7.1 Análise de Confiabilidade	45
4.8 Aspectos Éticos	46
5 RESULTADO.	47
6 DISCUSSÃO.....	51
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS	70

ANEXO A - PCATool-Brasil versão Criança	79
ANEXO B - Termo de Anuência da SEMSA.....	88
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM	89
APÊNDICE A - Questionário de Características Socioeconômicas	97
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), institucionalizado pelo Ministério da Saúde (MS), é o da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011). A APS é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde no País, as ações clínicas desenvolvidas nesse nível de atenção são voltadas para a promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação de doenças e baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2012). Quando bem estruturada, a APS é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 2002). Contudo, quando não é efetiva, compromete a capacidade de resolutividade de todos os demais níveis de atenção à saúde (BOING *et al*, 2012).

A APS possui papel fundamental na saúde da população infantil e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), na prevenção de agravos à saúde e na redução da morbimortalidade (OPAS, 2011); favorece a prevenção e cura dos problemas prevalentes na infância, especialmente a pneumonia, diarreia e desidratação; reduz a hospitalização e integra os cuidados por meio da referência e contrarreferência, quando há necessidade de serviços em outros níveis de atenção (HARZHEIM, STEIN e ÁLVAREZ-DARDET, 2004).

A saúde da criança brasileira avançou nos últimos 30 anos em resposta ao aumento da cobertura de ações de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e de políticas públicas voltadas para a assistência infantil. Entretanto, as doenças respiratórias permanecem entre as principais causas de morbidade entre crianças menores de cinco anos, seguidas das doenças infecto-parasitárias, com taxas maiores quanto menor a idade da criança (PAIVA *et al*, 1998; CARDOSO, 2010; CALDEIRA *et al*, 2011), embora possam ser prevenidas com medidas simples e de baixo custo como a educação em saúde, o incentivo ao aleitamento materno e uma abordagem adequada no atendimento da criança.

A persistência desses problemas de saúde nas crianças gerou inquietações na pesquisadora que, no cotidiano profissional, como enfermeira assistencial, atuando em unidade de urgência e emergência, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e, posteriormente, como professora da disciplina Enfermagem na Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas, observa a utilização expressiva de serviços de pronto atendimento (SPA) e pronto socorro (PS) por mães de crianças menores de dois anos com problemas de saúde que podem

ser evitados, diagnosticados e tratados por meio de ações na ESF, que por vezes, evoluem com complicações e até mesmo com o óbito, e nesses casos, óbito evitável.

A procura significativa desses serviços ocasiona superlotação e, muitas vezes, a hospitalização infantil, que gera traumas na criança, procedimentos invasivos, uso indiscriminado de antibióticos, mudanças na rotina familiar, exposição ao ambiente hospitalar e infecções, e maior gasto para o sistema de saúde. Tal realidade induz à indagação sobre a assistência que a criança tem recebido na APS, especificamente na ESF.

Ao considerarmos a APS como a principal porta de entrada do sistema de saúde para a criança/família e que suas ações são essenciais para a promoção e manutenção da saúde por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, para a redução da morbimortalidade infantil e que esta dispõe do espaço ideal para as orientações da família/comunidade voltadas para as vulnerabilidades que permeiam esse ciclo de vida, este estudo pretende responder a seguinte pergunta: os atributos essenciais da APS estão presentes e são efetivos na atenção à saúde da criança de zero a dois anos de idade na Zona Norte do município de Manaus?

Para responder a questão acima formulada, consideramos necessário avaliar os atributos da APS. Para tanto, o instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, traduzido como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – Brasil versão Criança foi eleito para medir a presença e extensão dos atributos da APS no contexto da ESF bem como os aspectos de estrutura e processo dos serviços (BRASIL, 2010).

A avaliação dos atributos da APS na atenção à saúde da criança torna-se indispensável, uma vez que a avaliação é um instrumento de gestão que embasa a tomada de decisão, orienta mudanças e sugere possibilidades para a efetivação dos princípios do SUS. Além disso, favorece o controle social por meio do compartilhamento dos resultados com a população, a qual deve participar do processo da tomada de decisão (BRASIL, 2005).

Estudar os atributos essenciais da APS na atenção à saúde da criança usuária da ESF na Zona Norte de Manaus é considerar a atenção à família como prioritária, por favorecer o conhecimento da visão de quem vivencia o cuidado. Dessa forma, justifica-se a investigação pela contribuição que esta oferecerá à academia, à sociedade e aos profissionais da saúde.

Na academia, temos a pretensão de colaborar para o pensamento crítico-reflexivo por meio do conhecimento e discussão entre docentes e discentes sobre a realidade da atenção oferecida à criança na ESF e; dessa forma, contribuir para a melhoria da qualidade na atenção à criança. Do ponto de vista da avaliação em saúde, este trabalho tem potencial para contribuir

e corroborar com um método avaliativo que vem sendo utilizado em outras regiões do Brasil e, também, com outros temas diferentes da assistência à criança.

Este estudo almeja contribuir para o incremento da produção científica na atenção à saúde da criança no cenário manauara, haja vista a lacuna de publicações que revelem a presença e extensão dos atributos da APS em nossa realidade, tampouco mostrem a efetividade da ESF, à qual têm sido destinados importantes investimentos.

Na área social, os resultados poderão beneficiar a população infantil, visto que os estudos avaliativos orientam a tomada de decisão dos gestores, o que pode favorecer o fortalecimento de ações, a reformulação e reorientação das práticas de saúde, com vista à redução da morbidade e da mortalidade infantil para taxas aceitáveis.

Ao ouvir o usuário do SUS, promovemos o exercício da cidadania, a sua participação e o controle social, e a integração entre os atores da APS, reduzindo a alienação e exclusão. O conhecimento da visão das mães ou cuidadores¹ sobre o atendimento que a criança recebe na ESF possibilitará uma reflexão sobre a real situação da saúde da criança na faixa etária com maiores riscos de morbimortalidade.

Por fim, pretendemos, com os resultados do estudo, contribuir para a instrumentalização e o aperfeiçoamento de competências técnicas e assistenciais da equipe de saúde que atua na rede de serviços primários para atender as necessidades da criança/família.

¹Neste estudo, utilizamos o termo mães e/ou cuidadores para designar a pessoa mais próxima que é responsável pelo cuidado da criança. Consideramos como cuidador familiar a pessoa que cuida da criança de forma não remunerada como avós, tios ou cuidadores legais, ou seja, a pessoa que é o maior responsável pelo cuidado dispensado à saúde da criança.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde na assistência à saúde da criança ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Distrito de Saúde (Disa) Norte de Manaus.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico das crianças usuárias dos serviços da ESF do Disa Norte de Manaus.
- Identificar associações entre as características socioeconômicas e escore Essencial da APS.
- Identificar a presença e extensão dos atributos essenciais da APS na atenção à saúde da criança de zero a dois anos cadastradas na ESF do Disa Norte de Manaus, utilizando o PCATool-Brasil versão Criança.
- Caracterizar, por meio da descrição, a atenção à saúde da criança, de acordo com o PCATool-Brasil versão criança, do Disa Norte de Manaus.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O referencial teórico que embasa essa dissertação foi construído ao longo da pesquisa. Inicialmente, explorou-se o conceito de APS e a operacionalização da APS no Brasil e em Manaus. Em seguida, realizou-se um resgate histórico sobre a saúde da criança no Brasil, as conquistas alcançadas e os desafios atuais. Por fim, buscou-se conceitos sobre avaliação e em seguida, descreveu-se o instrumento utilizado para a coleta de dados e avaliação dos atributos da APS.

3.1 Atenção Primária à Saúde

A APS vem sendo fortalecida após a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Após discussões sobre o tema, foi sintetizada a Declaração de Alma-Ata, a qual teve como proposta a reorganização e o racionamento dos sistemas de saúde para a população mundial atingir o mais alto nível de saúde, devendo ser prioridade nos países membros, tais como o Brasil. A promoção e proteção da saúde foram considerados essenciais para o desenvolvimento social e econômico e para a melhoria da qualidade de vida e da paz mundial (OMS, 1978).

A APS compreende o nível de atenção que possibilita a entrada da população ao sistema de saúde para todos os problemas de saúde, novos ou antigos, com assistência direcionada à pessoa e não a doença. Considera a integralidade e o contexto onde a doença ocorre e acompanha o indivíduo ao longo do tempo e em todas as condições, além de integrar e coordenar as ações de saúde em outros níveis de atenção e, na presença de problemas raros, racionaliza os recursos para atender as necessidades da população. Promove, ainda, a prevenção, a cura, a reabilitação e potencializa a saúde (STARFIELD, 2002).

Bárbara Starfield (2002) classifica os atributos da APS em i) atributos essenciais, ii) atributos derivativos e, iii) atributos essenciais, mas não exclusivos. Os atributos serão descritos a seguir.

Atributos Essenciais

Acesso de Primeiro Contato – refere-se à porta de entrada do sistema de saúde, com exceção para os casos de urgência e emergência, ao uso do serviço a cada comparecimento da população por um problema novo ou a cada episódio de um mesmo problema e para o acompanhamento de rotina e encaminhamentos para a atenção especializada. O acesso tem relação direta com acessibilidade (STARFIELD, 2002).

O atributo Acesso é avaliado em duas dimensões: acessibilidade e utilização. A acessibilidade mede a capacidade do serviço em atender as demandas da população, como este se organiza para agendar consultas, acolher a demanda espontânea, entre outros; já a utilização mede o uso do serviço pelo usuário (STARFIELD, 2002).

Para Travassos e Martins (2004), o uso dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e resulta da interação entre o usuário e o profissional que o direciona dentro do sistema de saúde. O usuário é responsável pelo primeiro contato com o serviço, e os profissionais de saúde, pelos próximos contatos. O acesso é fundamental para a utilização do serviço, porém, esse é influenciado pelo contexto local e pela qualidade do cuidado recebido.

Travassos e Castro (2012) afirmam que o acesso aos serviços de saúde está relacionado às características da oferta do mesmo, que facilitam ou dificultam a sua utilização e retrata a capacidade do serviço criar estratégias que atenda às necessidades de saúde da população. Referem, ainda, a existência de barreiras que influenciam a utilização dos serviços de saúde, as quais estão caracterizadas abaixo:

Barreiras geográficas – corresponde à distância entre a população e o serviço de saúde, ao tempo gasto e ao custo financeiro do deslocamento.

Barreiras financeiras – compreende o gasto na utilização dos serviços de saúde. No Brasil, a saúde é um direito do indivíduo e dever do Estado, devendo ser garantido por meio de políticas públicas de saúde. Entretanto, há falta de medicamentos, demora no agendamento de consultas com especialistas, exames especiais e cirurgias eletivas, o que leva o usuário a pagar por esses serviços e resta ao usuário que não tem condições financeiras de arcar com esse gasto, aguardar o agendamento do serviço que pode levar meses.

Barreiras organizacionais – envolve as características organizacionais do serviço, do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis para assistir à população, tais como: tempo e forma de agendamento de consultas e exames, tempo de espera para atendimento, horário de funcionamento, acolhimento, humanização e qualidade do cuidado oferecido.

Barreiras de informação – abrange a divulgação de informação em saúde e os serviços que são oferecidos, além de compreender as dificuldades na comunicação e a capacidade da equipe de saúde em manejar as diferenças culturais e de escolaridade, as crenças, os medos e o conhecimento sobre a doença. Para isso, é essencial que a população confie nos profissionais de saúde.

Uma importante ferramenta para garantir o acesso é o acolhimento, fundamental para a resolubilidade e atendimento humanizado (BRASIL, 2013). Para Souza *et al* (2008), o acolhimento é fundamentado em três princípios: garantir a universalidade ao atender toda pessoa que buscar o serviço; enfatizar o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar, desfocando o modelo biomédico; e fortalecer as relações entre a equipe e comunidade.

Acreditamos que os dados sobre acesso são mais fidedignos quando avaliados a partir da ótica do usuário, pois é ele quem vivencia o acesso quanto a utilização e acessibilidade dos serviços de saúde e pode responder sobre a presença ou não desse atributo no serviço de saúde.

Longitudinalidade – é a interação entre serviço e população, uma espécie de fidelidade na qual o serviço é responsável pela população e a acompanha ao longo do tempo e de modo permanente, e a população mantém o serviço como sua referência, ocorrendo, geralmente, estreitamento de laços entre a população e o serviço de saúde. A longitudinalidade implica em acompanhamento do usuário mesmo que este seja encaminhado para outro serviço, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e reduzindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

A longitudinalidade proporciona, a partir do relacionamento do usuário com a equipe de saúde, o uso do telefone para resolução de alguns problemas sem precisar agendar uma consulta, o reconhecimento de problemas e diagnósticos com maior rapidez e exatidão, reduzindo casos de hospitalização. Por outro lado, a confiança adquirida ao longo do tempo leva o paciente a se sentir à vontade para revelar suas dificuldades e temores e para aceitar e seguir as recomendações da equipe de saúde (STARFIELD, 2002).

Integralidade – é a capacidade do serviço de saúde em prover a população de toda a assistência que ela necessita, de ações de promoção à saúde a ações de reabilitação, independente de dispor ou não de todos os serviços. Para isso, deverá encaminhar o usuário para as unidades de referência da rede de saúde, sem perdê-lo na rede de atenção e sem perder o vínculo estabelecido. Portanto, a integralidade se entrelaça, operacionalmente, com a longitudinalidade e a coordenação da atenção. A integralidade pressupõe, também, a capacidade da equipe de saúde de identificar a natureza dos problemas que recebe, sejam eles, funcionais, orgânicos ou sociais para resolvê-los (STARFIELD, 2002).

Neste estudo a integralidade será vista em duas dimensões: serviços disponíveis caracterizados pelo oferecimento de um leque de serviços de modo a proporcionar os cuidados que aquela população necessita, mediante reconhecimento de suas necessidades e

considerando os limites de atuação da equipe de saúde da atenção primária; e serviços prestados, que implica em oferecer serviços de promoção da saúde e prevenção das doenças mais comuns, de acordo com a realidade da população assistida.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, a integralidade é um dos princípios do SUS, descrita como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Destarte, assistir a criança/família integralmente requer um olhar ampliado para suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais, disponibilidade de equipe multidisciplinar na rede de atenção e relacionamento de confiança entre equipe e criança/família do serviço de saúde.

Coordenação da Atenção – implica em continuidade da atenção. Uma vez que o usuário é encaminhado a outro serviço, deve permanecer o vínculo do paciente com a unidade de origem, os registros garantidos, e o estabelecimento de comunicação entre profissionais de níveis de atenção diferentes a respeito do usuário. Isso deve constituir-se em rotina, e assim, garantir a referência e a contrarreferência (STARFIELD, 2002).

A coordenação da atenção é avaliada em duas subdimensões: a integração de cuidados, que compreende a capacidade do serviço em coordenar o cuidado, em responsabilizar-se pela continuidade do cuidado em outros serviços da rede de atenção; e sistema de informação que envolve o uso dos registros para promover a comunicação entre profissionais de um mesmo serviço ou de serviços diferentes para que seja garantida a continuidade da assistência (STARFIELD, 2002).

Atributos Derivativos

Para Starfield (2002), a presença e efetividade dos atributos essenciais da atenção primária resultam em três atributos derivativos:

Atenção à Saúde centrada na Família – diz respeito ao conhecimento e consideração do contexto familiar e do seu potencial em interferir no processo saúde-doença dos membros da família. A atenção centrada na família tem o objetivo de responder as necessidades de saúde dos seus membros.

Competência Cultural – implica em reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem ser imperceptíveis devido às características culturais. A equipe de saúde necessita conhecer as implicações culturais no processo saúde-doença e criar estratégias para atender as peculiaridades especiais da população a qual presta o cuidado.

Orientação Comunitária – é o reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade, por meio de contato direto com a mesma e de dados

epidemiológicos. O conhecimento do contexto social no qual a comunidade está inserida orienta a alocação de recursos e o planejamento de ações de saúde.

Atributos Essenciais, mas não exclusivos

Os atributos essenciais, mas não exclusivos, referem-se a algumas características importantes não apenas na atenção primária, mas também nos outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Registros adequados – compreende manter as informações relevantes do usuário no prontuário, de modo a permitir o compartilhamento de informações entre profissionais, bem como uma lista atualizada dos problemas de saúde do usuário em um formato orientado para o problema e para as anotações do acompanhamento, com vistas a orientar a equipe sobre o cuidado recebido.

Continuidade de pessoal – implica em acompanhamento de saúde do paciente pelo mesmo profissional e/ou equipe de saúde.

Comunicação profissional-paciente – esta característica refere-se à qualidade da interação entre paciente e profissional.

Qualidade clínica da atenção – é a capacidade da equipe de saúde em desempenhar processos de atenção genéricos ou específicos para a doença e reconhecer os problemas e as respostas biológicas, psicossociais, sociais e do estado funcional. A qualificação adequada da equipe de saúde resulta em qualidade da atenção.

Proteção para os pacientes – compreende a utilização de órgãos de saúde, sociais, ocupacionais e fiscais, que têm impacto sobre a saúde e os serviços de saúde, para assegurar melhorias na habitação, nas condições de trabalho, segurança e saneamento.

Para Starfield (2002) e Mendes (2009), os sistemas de atenção à saúde alicerçados em forte orientação para a APS são mais adequados à população, porque se planejam para atender suas necessidades. São mais efetivos por ser a única forma de enfrentamento da situação epidemiológica das condições crônicas e por resultar em melhores níveis de saúde da população. Também são mais eficientes porque apresentam baixos custos e reduzem procedimentos desnecessários e mais caros. São, ainda, mais equitativos, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e reduzem o gasto do bolso das pessoas e famílias. Por fim, são de qualidade, porque prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e ofertam tecnologias mais seguras. É necessário que os serviços de saúde da APS, na atenção à saúde oferecida a população apresente esses resultados.

Portanto, os serviços de saúde da ESF devem ser acessíveis e resolutivos. Para isso, é indispensável que os profissionais de saúde sejam treinados para atender as demandas da

população e que a abordagem seja centrada na pessoa/família/comunidade, considerando a influência dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no processo saúde-doença e os dados epidemiológicos no planejamento da assistência.

Neste estudo, abordaremos somente os atributos essenciais da APS.

3.1.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF iniciou as atividades em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF), possuía características de programa seletivo e verticalizado com a finalidade de estender a cobertura das ações de saúde para populações mais carentes e necessitadas, com o apoio financeiro do MS aos municípios que o adotassem. Em 1997, o PSF foi alçado a ESF visando modificar o enfoque seletivo para uma abordagem integral do indivíduo, reorientar o modelo assistencial e a organizar os serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, incorporando os princípios do SUS e aproximando-se dos pressupostos da APS conceituados por Starfield (BRASIL, 1997; ESCOREL et al., 2007; SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera equivalentes os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária a Saúde². A ESF foi eleita como forma prioritária para reorganizar a APS no Brasil. Nessa perspectiva, a ESF deve apresentar os atributos essenciais da APS para a consolidação do SUS e, a partir do envolvimento do setor saúde com a comunidade, apresentar também os atributos derivativos para atender integralmente o indivíduo/comunidade e intervir de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012).

O modelo inovador da ESF considera a família como centro de atenção, bem como os aspectos sociais e culturais no processo saúde-doença, desta forma, permite que as intervenções em saúde ultrapassem os problemas biológicos em busca de atender integralmente o indivíduo e família. Nesse contexto, as ações da ESF devem ser integradoras. Isso requer da equipe de saúde o estabelecimento de ações que visem a integração e interação com os atores envolvidos nesse processo para a resolução de problemas.

Portanto, há necessidade de valorização da herança cultural e das manifestações dos sentimentos dos usuários na assistência, além de capacitação da equipe multiprofissional através de um repensar contínuo sobre o cuidado integral às crianças/famílias/comunidade.

A equipe da ESF atua realizando o cadastramento e acompanhamento das famílias em território de abrangência definido. Para a implantação da ESF é necessária uma equipe

² Neste estudo optamos por utilizar o termo Atenção Primária à Saúde

multiprofissional constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, para assistir, em média, 3.000 pessoas e, no máximo, 4.000, por território, respeitando os critérios de equidade e considerando o grau de vulnerabilidade das famílias para a distribuição de famílias por ESF (BRASIL, 2012).

Portanto, a equipe de saúde da ESF deve estar capacitada para o enfrentamento e resolução de problemas individuais e coletivos ao longo do tempo, sendo necessário realizar o diagnóstico situacional das famílias e comunidade, criar vínculos e interagir com instituições e organizações sociais para elaborar ações que promova atenção integral e cidadania (BRASIL, 2012).

Em Manaus, a implantação da ESF foi permeada por controvérsias devido a diversos fatores, entre eles, rivalidades políticas entre gestores no âmbito municipal e estadual. Apesar de documentos afirmarem que a gestão municipal priorizava a APS, isso não se confirmava na prática (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010).

Inicialmente, em 1998, foi criado o Programa Médico de Família (PMF) por iniciativa do prefeito. Na implantação, não obedecia às recomendações do MS por não possuir o enfermeiro como membro da equipe. Somente em 2001, após cumprimento da exigência do MS de contratar enfermeiros para compor a equipe de saúde, foi reconhecido como programa similar ao PSF e como eixo norteador da APS (LUNA; OLIVEIRA, 2012).

O modelo do PMF adotado em Manaus foi inspirado na experiência cubana e no Programa Médico da Família de Niterói (RJ). A expansão do PMF foi acelerada, com inauguração de três unidades de saúde por semana e eventualmente, cinco. Em março de 2002, havia 164 Casas de Saúde com 171 equipes, destas 125 (74%) eram qualificadas como equipes PSF (posteriormente ESF) e 46 permaneciam como similares. A implantação teve início nas áreas mais carentes de Manaus, favorecendo a expansão de cobertura dos serviços de saúde em áreas até então descobertas. Entretanto, no decorrer da implementação, houve a construção de unidades em locais muito próximos a centros de saúde, levando a superposição e paralelismo de ações (ESCOREL *et al*, 2002).

O PMF recebeu diversas críticas por parte de profissionais de saúde e de docentes da Universidade do Amazonas, devido o tamanho das unidades, à baixa complexidade e resolutividade, aos motivos eleitorais envolvidos na sua criação e na motivação para ampliação, aliados a ausência de participação da população na decisão de implantação e desenvolvimento do programa (ESCOREL *et al*, 2002). Esses problemas configuram as raízes

de diversas dificuldades enfrentadas na atualidade, principalmente no que tange a assistência integral e a referência e contrarreferência.

Um dos problemas do estado do Amazonas, a oligarquia do sistema político, gerou muitos problemas na saúde, inclusive a lentidão da municipalização da saúde e a efetivação da participação social. A municipalização ocorreu somente após uma coalizão de forças políticas entre o governo federal e o governo estadual, este foi forçado a descentralizar a assistência à saúde, efetivando a transferência dos serviços públicos de APS ao município de Manaus (BARBOSA, 2004).

Outros problemas como recursos humanos, aliados à estrutura física (32m²) das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), denominadas de “casinhas” pela população, marcaram a implantação da ESF em Manaus, resultando em pouca confiabilidade ao usuário (LUNA; OLIVEIRA, 2012).

Na época da implantação, as atividades prioritárias eram de promoção da saúde e prevenção de doenças, as unidades de saúde foram projetadas para ser o ponto de encontro da equipe e não o local de atendimento, de forma que os profissionais permanecessem a maior parte do tempo realizando atividades na comunidade, isso explica a estrutura física das unidades (ESCOREL *et al*, 2002).

Nas unidades de 32m² há uma recepção, um consultório onde médico e enfermeiro fazem revezamento para atender a população, uma sala que a equipe de saúde precisa fazer “arranjos” para dividir o espaço em farmácia, almoxarifado e copa, e um banheiro. Ressaltamos que não há sala de vacina e que estas são disponibilizadas somente nas campanhas. Essa estrutura física compromete o atendimento por meio de consultas, a realização de procedimentos como curativos, além de ser desconfortável para os usuários e profissionais.

Atualmente essas estruturas estão sendo substituídas ou ampliadas por unidades de 103m². As unidades ampliadas contam com recepção, sala de espera, farmácia, banheiro para usuário, consultórios médico e de enfermagem, consultório odontológico, sala de triagem/curativo, sala de vacina, sala de nebulização, sala do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sala de esterilização, banheiro para equipe de saúde e copa/cozinha. Essas unidades oferecem maior oferta de serviços e maior conforto para usuários e equipe de saúde. Há, ainda, os Módulos de Saúde da Família, com estrutura física maior, contando com atendimento à população de três a cinco equipes de ESF.

Para Silva, Garnelo e Giovanella (2010), o maior ganho para a população manauara com a implantação da ESF foi a ampliação da cobertura e acesso aos serviços de saúde.

Porém, ressaltam que há muitos entraves e limitações para a consolidação da ESF, tais como problemas estruturais, com formato único nacional, insensível às diferenças regionais, diversidade de problemas sociais, resistência de profissionais e usuários à mudança do modelo hegemônico.

Luna e Oliveira (2012) demonstraram que a mudança de paradigma proposta pela ESF não foi significativa e que o modelo hegemônico predominava nas ações de saúde na ESF estudada em Manaus. Referem que a avaliação dos serviços de saúde, na ótica dos usuários, é pouco realizada, apesar de tais estudos serem de notável relevância para o processo decisório e melhor adequação dos serviços de saúde.

A ESF como ordenadora do sistema de saúde em Manaus, tem encontrado sérias dificuldades para coordenar a atenção devido à fragmentação da assistência, baseada, principalmente, na oferta de serviços, sem considerar as necessidades da população, o fluxo e a hierarquia existente nos serviços, priorizando a atenção às condições agudas e às condições crônicas agudizadas levam à manutenção do modelo de atenção hegemônico e geram iniquidades em saúde (SUSAM, 2016).

Frente a esses problemas, o Estado do Amazonas, por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM), decidiu aderir ao processo de construção de redes de atenção à saúde, estabelecendo parcerias no sentido de responder aos anseios da população e na busca da integralidade da atenção à saúde (SUSAM, 2016).

De modo semelhante, a Prefeitura Municipal de Manaus, no sentido de reordenar a Rede Básica de Saúde em Manaus, realizou um diagnóstico situacional em 2013, e encontrou problemas como redundância e fragmentação na oferta de serviços nas unidades de saúde, ausência de comunicação entre a rede de atendimento, inexistência de padronização nos atendimentos ocasionada pela atuação de médicos especialistas na APS e dificuldade para atender a demanda espontânea. As propostas para a resolução desses problemas foram padronização e definição dos serviços oferecidos em cada unidade de saúde e integração nos serviços de baixa, média e alta complexidade para melhorar a qualidade do serviço oferecido e responder, de forma eficiente, às necessidades da população (SEMSA, 2016).

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde de Manaus para o quadriênio 2014-2017 apresentou como uma de suas diretrizes, a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, mediante aprimoramento da política de atenção primária e da atenção especializada, visando contribuir para a melhoria das condições de saúde e para a promoção da qualidade de vida, além da ampliação da cobertura da atenção básica por meio da construção de novas unidades de saúde (SEMSA, 2015).

Entretanto, em maio deste ano, o governo do Amazonas anunciou mudanças na saúde, fundamentada pela redução de arrecadação, em consequência da crise econômica que o Brasil enfrenta. O reordenamento da rede estadual de saúde consistia, entre outras mudanças, em transformar algumas unidades de Serviços de Pronto Atendimento (SPA), os Centros de Atenção Integral à Criança (Caic) e os Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (Caimi) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de desativar algumas unidades e transformar duas em anexos, uma para dar suporte a um hospital e outra a maternidade, e com isso, aumentar o número de leitos nessas unidades hospitalares (SUSAM, 2016).

Os gestores justificaram as mudanças alegando que a alta demanda (90%) dos atendimentos nos SPA ocorria por problemas de saúde sensíveis à APS, acarretando atendimento fragmentado e necessidade de adequação dos serviços de acordo com a responsabilidade do estado. Referiram que a reordenação pretendia atender as alterações no perfil demográfico e as necessidades da população, além de reforçar o atendimento em áreas prioritárias (SUSAM, 2016).

Vale ressaltar, que apesar das medidas tomadas pelo governo do estado interferir na atenção à saúde oferecida pelo município, este não concordava com as mudanças propostas, muito menos a população que realizou várias manifestações de repúdio a decisão do governo.

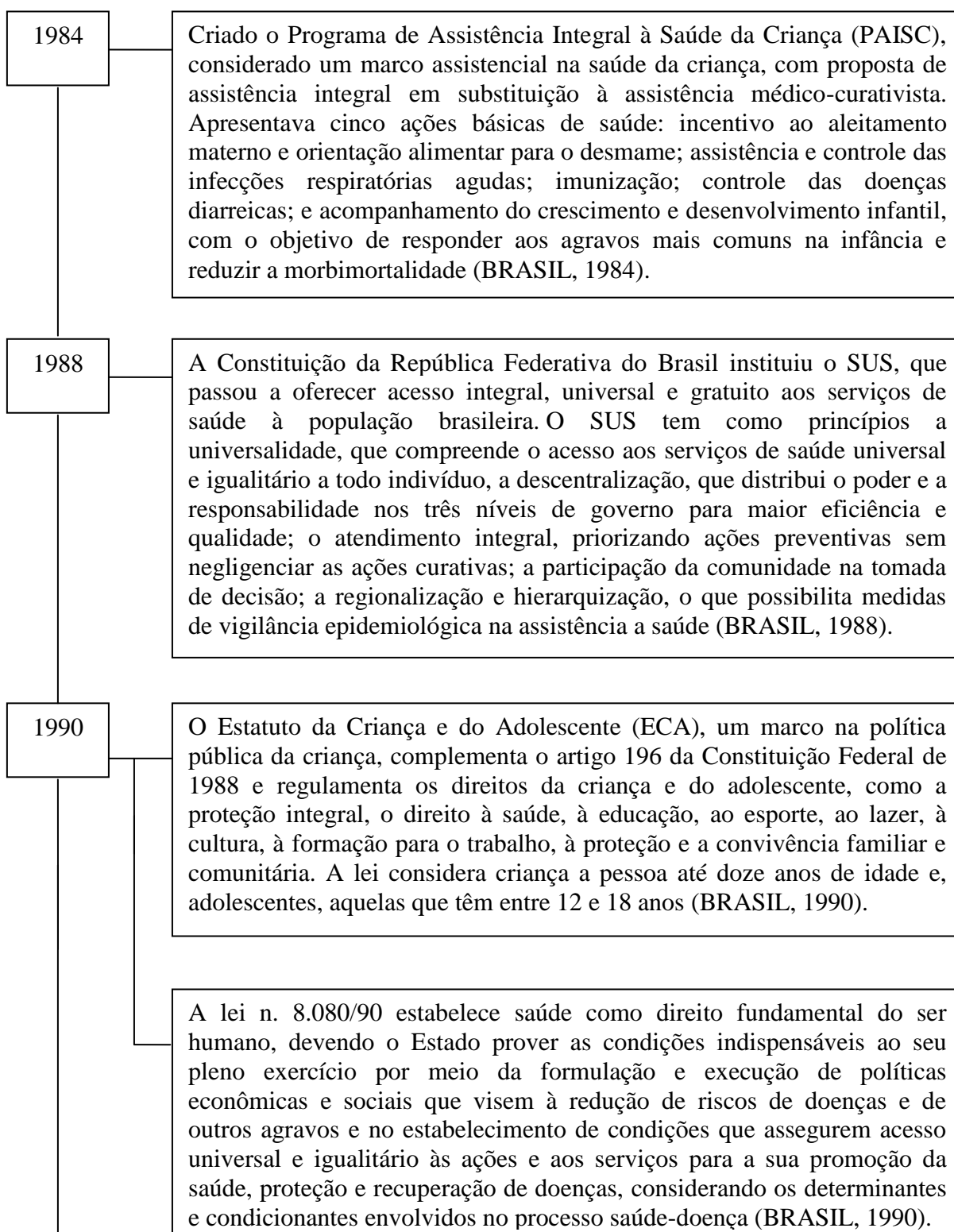
Fica claro que os desentendimentos entre políticos do âmbito estadual e municipal afetam o planejamento dos serviços de saúde e demonstra que os gestores não estão preocupados em atender as necessidades da população, em melhorar a articulação entre os serviços, em garantir a participação da população na tomada de decisão e qualificar a atenção. Portanto, há necessidade de compromisso dos gestores com as políticas públicas de saúde, bem como em envolver a população na tomada de decisão para que o cuidado possa ser gerido de modo a resolver seus problemas e possa refletir em melhor qualidade de vida.

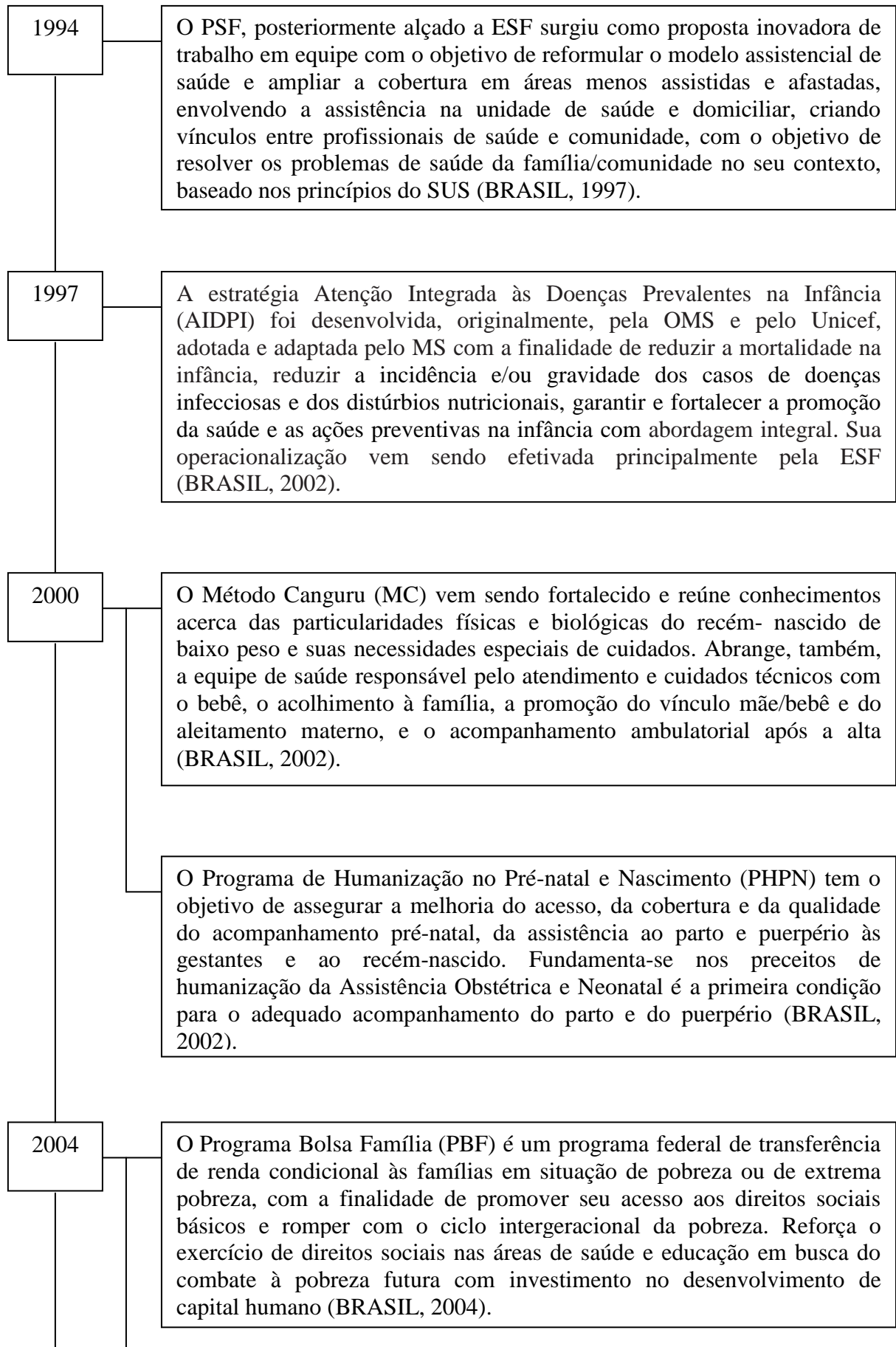
3.2 Políticas Públicas na Atenção a Saúde da Criança

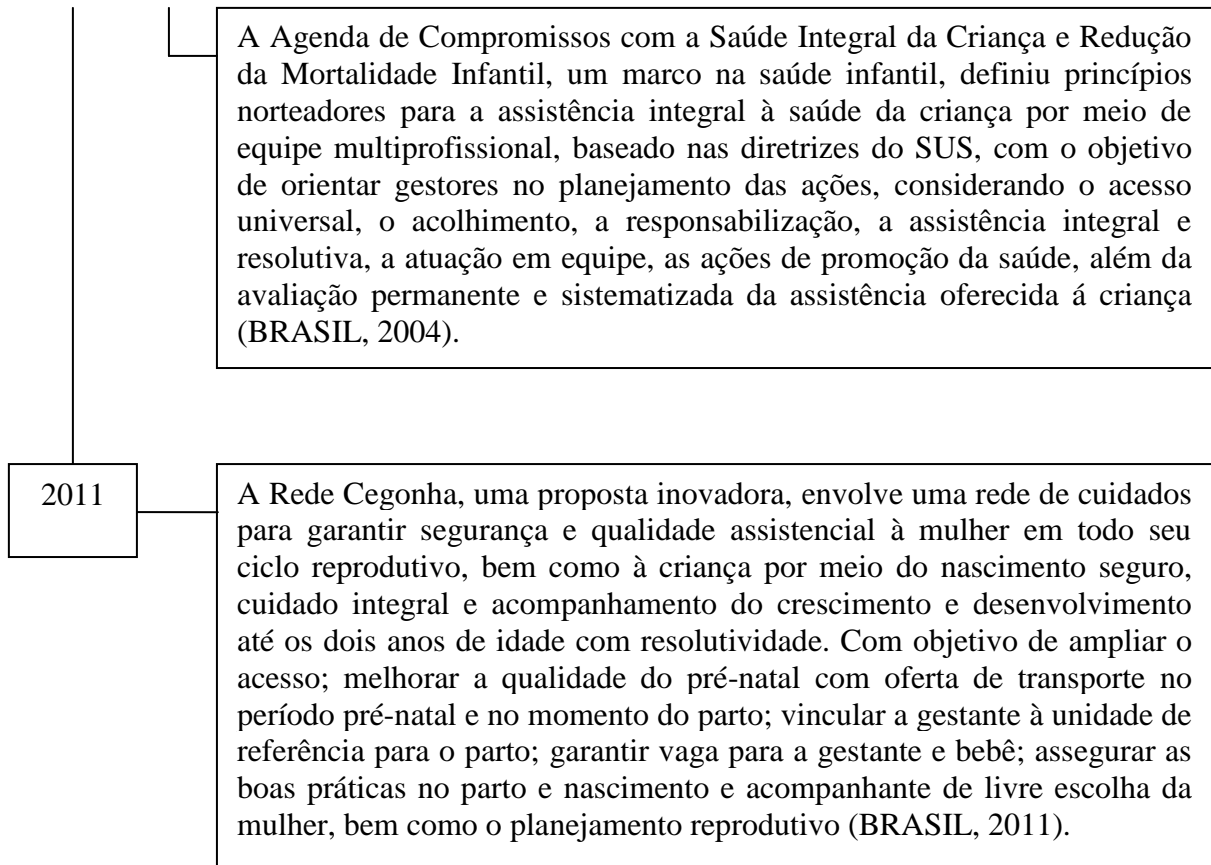
Nas últimas três décadas, as políticas públicas de atenção à saúde infantil, diversos programas e campanhas com o objetivo de tornar a assistência mais humana e integral, o desenvolvimento econômico e social no país e melhorias nas condições de saneamento básico foram fundamentais para redução significativa da morbimortalidade infantil (VICTORA *et al*, 2011a; BRASIL, 2012).

A Figura 1 apresenta a linha do tempo das políticas públicas de atenção à saúde da criança e programas que foram desenvolvidos a partir da década de 1980 e contribuíram para o avanço na saúde infantil.

Figura 1. Linha do tempo das políticas públicas de atenção à saúde da criança.







Tais políticas de saúde e programas foram incorporados à APS. Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada. O País continua entre os líderes mundiais em desigualdade de renda, as disparidades regionais, sociais e econômicas continuam inaceitavelmente altas, aliados aos problemas de saúde antigos que ainda persistem sem solução efetiva (VICTORA *et al.*, 2011b; BRASIL, 2012).

Corroborando, Vanderlei e Navarrete (2013), demonstraram, em estudo, que a exclusão social das famílias foi o principal determinante associado à mortalidade infantil evitável e que essa realidade poderia ser amenizada por políticas sociais mais justas e atenção primária eficiente.

Apesar da associação positiva entre a ampliação da APS e redução das taxas de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2008, CARDOSO *et al.*, 2013), Rehem e Egry (2011) ressaltam que o aumento da cobertura da ESF nem sempre reduz essas taxas, pois é imprescindível APS de qualidade para gerar impacto na saúde infantil.

Para Caldeira *et al.* (2011), a internação infantil está relacionada às dificuldades no acesso e resolutividade da APS, à inexperiência do profissional da APS no atendimento integral à criança, à ansiedade dos pais e aos problemas de saúde agudos que são comuns na

infância. Esses fatores explicam a grande parcela das solicitações de internações realizadas por médicos do pronto atendimento e o agravamento e complicações das doenças.

Estudos demonstram que quanto menor a idade da criança, maiores são as taxas de morbidade. As causas mais frequentes entre crianças menores de cinco anos são as afecções respiratórias, seguidas das doenças infecto-parasitárias, problemas de saúde que podem ser prevenidos com medidas simples e de baixo custo por meio de ações da APS, bem como tratados no domicílio, se conduzidos adequadamente (CALDEIRA *et al*, 2011; CARDOSO *et al*, 2013). Oliveira *et al* (2010) ressaltam predomínio destes problemas de saúde nas regiões Norte e Nordeste do país, em consequência, a mortalidade é maior nessas regiões.

Em 2014, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil foi 14,4/1000 nascidos vivos, apresentando disparidades entre as regiões, com TMI 10,7/1000 na região Sul e 15,7/1000 na região Norte (BRASIL, 2016). No mesmo período, Manaus apresentou TMI 13,8/1000 (BRASIL, 2016). Vale ressaltar que a OMS considera TMI aceitável igual ou menor que 10/1000 nascidos vivos (OPAS, 2008).

Por conseguinte, a saúde da criança configura área prioritária na agenda nacional. Entretanto, estudo realizado em Manaus evidenciou que o acompanhamento do CD da criança não está totalmente implantado. A pesquisa demonstrou fragilidades do governo em executar um planejamento que responda ao perfil epidemiológico local; em nomear gestores qualificados para a atenção infantil; em adequar diretrizes municipais na atenção à saúde da criança; em monitorar as ações da área técnica, além de apontar dificuldades de institucionalizar uma política local na saúde da criança com base em evidências científicas para o aprimoramento das ações de saúde (SILVA, 2013).

Para Silva (2013), o problema relacionado à infraestrutura existente não inviabiliza a implantação do CD na ESF. Entre os aspectos facilitadores da implantação do CD, destacou a oferta diversificada de serviços na atenção infantil, a promoção do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar.

Portanto, torna-se necessário o fortalecimento de ações que promovam melhoria na qualidade de vida da criança/família por meio da mobilização, organização de grupos sociais e participação popular na elaboração das políticas de saúde em busca de mudanças que atenda as reais necessidades da criança/família, que substitua estratégias assistencialistas imediatistas por estratégias duradouras que resolvam a causa dos problemas, considerando o impacto das ações na população infantil.

3.3 Avaliação em Saúde

A avaliação é uma prática tão antiga quanto o mundo, corriqueira e inerente ao processo de aprendizagem (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). Estudiosos da avaliação apresentam diversos conceitos sobre o assunto. Estes estão intimamente relacionados ao contexto histórico, social e aos métodos de avaliação, entretanto, concordam que se refere a realização de um julgamento de valor (CHAMPAGNE *et al*, 2011; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para Champagne *et al* (2011), avaliação possui diversas definições, tornando inviável conceituar avaliação de forma limitada, universal e única. Os autores propõem um conceito sobre avaliação:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes, diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Vieira-da-Silva (2014) considera a avaliação um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais, e avaliação em saúde como um julgamento sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), criada para a resolução de problemas de saúde, com vistas a medir o mérito, esforço ou valor da intervenção ou do seu resultado para o seu aperfeiçoamento ou modificação.

A avaliação dos serviços de saúde é um instrumento de gestão, que deve estar presente em todas as ações de saúde, por ser essencial para o direcionamento e/ou redirecionamento de políticas e programas de saúde e promoção da qualificação na atenção à saúde e efetivação dos princípios do SUS, além de favorecer o controle social quando os resultados são compartilhados com a população e esta participa do processo de tomada de decisão (LIMA e SILVA, 2011).

Nesse estudo, foi adotada a pesquisa avaliativa, por entendermos a importância da realização de um julgamento sobre os atributos da APS na ESF considerando o contexto da ESF na Zona norte de Manaus, mantendo o rigor científico para a produção de conhecimento com o objetivo de embasar a tomada de decisão dos gestores da área técnica de saúde da criança.

Avaliações anteriores, após a implantação do SUS, demonstram a existência de iniciativas de avaliação em busca de suporte aos processos decisórios de sua implantação.

Para Hartz; Felisberto e Silva (2008), a importância da avaliação no âmbito do sistema de saúde brasileiro tem se tornado destaque em diversos cenários que envolvem as discussões sobre políticas de saúde e práticas sanitárias.

O MS, por entender a importância da avaliação como eixo norteador para elaboração de políticas e programas setoriais, bem como para a divulgação dos seus resultados tem instituído no âmbito de sua gestão a institucionalização da avaliação no sistema de saúde (FELISBERTO, 2006).

Na APS, observa-se que o MS vem se organizando e desenvolvendo sistematicamente a avaliação e monitoramento em associação com instituições de ensino e pesquisa nos diversos aspectos da APS, pois esta é compreendida como o campo de construção do SUS e espaço prioritário do setor saúde.

Nesta direção, foi criada em 2000, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), com a finalidade de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção.

Em 2005, o MS propôs o projeto “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), que buscava o aprimoramento gerencial e técnico, com a finalidade de disponibilizar ferramentas para o diagnóstico situacional, planejamento de intervenções dos serviços da ESF, possibilitando a identificação dos estágios de desenvolvimento e de seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados (BRASIL, 2005).

Mais recentemente, o MS criou, por meio da Portaria 1.654/2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que tem entre seus objetivos promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde; construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde; estimular o processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica (BRASIL, 2011).

É imprescindível a escolha adequada do instrumento para responder aos objetivos da pesquisa avaliativa. Fracoli *et al* (2014), em revisão da literatura, analisaram cinco instrumentos e identificaram que o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), traduzido como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, detalhado a seguir.

3.3.1 PCATool – Brasil

Starfield & colaboradores elaboraram um instrumento na *Johns Hopkins University*, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), o qual foi construído de acordo com os princípios da APS para nortear a avaliação de seus atributos, com versões destinadas aos usuários crianças (CASSADY *et al.*, 2000), adultos (STARFIELD; XU; SHI, 2001), profissionais de saúde e coordenador/gerente do serviço de saúde, sendo utilizado em estudos de avaliação da extensão e efetividade da APS em âmbito nacional e internacional.

O PCATool é considerado por Malouin; Starfield e Sepulveda (2009) como o único instrumento capaz de avaliar o desempenho dos atributos da APS e de mensurar os aspectos de estrutura e processo.

Pesquisadores que desenvolvem estudos sobre avaliação da APS conferiram validade e confiabilidade ao PCATool-Brasil versão Criança em pesquisa com cuidadores de crianças menores de dois anos cadastrados na ESF e Unidade Básica de Saúde (UBS) convencional no município de Porto Alegre. Os autores recomendam a utilização do instrumento para estudos avaliativos na saúde infantil no Brasil. (HARZHEIM *et al.*, 2006).

O PCATool Brasil versão Criança apresenta 55 itens dispostos em 10 componentes relacionados aos atributos, sendo 3 (três) itens para grau de afiliação, 9 (nove) para acesso de primeiro contato, 14 (quatorze) para longitudinalidade, 8 (oito) para coordenação, 14 (quatorze) para integralidade, 3 (três) para orientação familiar e 4 (quatro) para orientação comunitária. Nesse estudo foram utilizados os itens para grau de afiliação e os itens que compreendem os componentes dos atributos essenciais (HARZHEIM *et al.*, 2006; BRASIL, 2010).

Há poucos estudos nacionais e internacionais sobre a avaliação da efetividade dos atributos da APS na saúde da criança (HARZHEIM; STEIN e ÁLVAREZ-DARDET, 2004; LEÃO; CALDEIRA e OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014). Assim, a escolha do instrumento para avaliar as ações desenvolvidas na APS deve ser criteriosa com o fim de possibilitar a identificação dos seus atributos (HARZHEIM; STEIN e ÁLVAREZ-DARDET, 2004).

O PCATool foi construído baseado na proposta de Donabedian (1986) que recomenda três eixos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, descritos a seguir: estrutura, processo e resultado.

Estrutura – compreende os recursos humanos (quantidade, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais ou insumos, recurso financeiro, instrumentos normativos e administrativos para proporcionar adequada utilização nos processos assistenciais.

Processo – consiste na utilização dos recursos na assistência, que deve ser embasada em conhecimento científico aceitável e envolver relacionamento interpessoal satisfatório entre profissionais de saúde e pacientes nos cuidados prestados, no reconhecimento de problemas, diagnósticos e tratamento, entre outros.

Resultado – que corresponde às respostas das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, às mudanças observadas não só no paciente/comunidade, mas, também, nos profissionais, por meio do conhecimento, bem como a satisfação do usuário e profissional relacionada a assistência à saúde.

O PCATool foi considerado por Leão, Caldeira e Oliveira (2011) como um instrumento fácil de utilizar e adequado para avaliar a estrutura e processo dos serviços da APS na atenção à saúde da criança, por aferir a percepção dos cuidadores sobre a qualidade dos serviços oferecidos à população infantil.

O PCATool-Brasil versão Criança tem sido utilizado e recomendado não somente para estudos acadêmicos, mas como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito da ESF pelo MS. Portanto, este foi o instrumento escolhido para a avaliação dos atributos da APS na ESF nesta investigação.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, na qual utilizaremos o cenário do Distrito de Saúde Norte da cidade de Manaus como estudo de caso, a partir das equipes da Estratégia Saúde da Família.

4.2 Local do Estudo

O estudo abrangeu 42 Unidades Básicas de Saúde da Família do Disa Norte do município de Manaus, capital do Estado do Amazonas.

Manaus possui uma população estimada em 2014 de 2.020.301 habitantes (IBGE, 2014). É a cidade mais populosa do estado do Amazonas, ocupando o 7º lugar no Brasil. É, ainda, a cidade que mais cresceu no período 2000/2010. A população de Manaus representa 51,2% da população do Amazonas, 11,3% da Região Norte e 0,9% do Brasil (IBGE, 2011).

Manaus é referência de assistência à saúde no estado do Amazonas e dispõe de uma rede de serviços de saúde nos três níveis de atenção. A gestão da média e alta complexidade é de competência do governo do Estado do Amazonas, ficando a atenção básica sob a responsabilidade da prefeitura de Manaus, que possui também serviços de média complexidade. A Rede de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde é composta por cinco Distritos de Saúde, divididos em Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural e conta com 200 equipes da ESF, com cobertura de 33,2% da população manauara (BRASIL, 2016).

A escolha do Disa Norte justifica-se por este possuir o maior número de equipes de ESF (49), integrar a zona Norte de Manaus e compreende a maior extensão territorial da cidade e a área mais populosa, com 561.750 habitantes (IBGE, 2014). O Disa Norte conta com uma rede de serviços de saúde, conforme demonstrado na Figura 1.

A Zona Norte de Manaus foi ocupada, a partir da década de 80, por meio de ações do governo estadual, com a construção do bairro Cidade Nova, e, atualmente o Conjunto Viver Melhor, aliados às ocupações não planejadas ao entorno.

Em consequência disso, possui a maior densidade demográfica da cidade, apresentando estrutura urbana desigual com áreas organizadas e estruturadas com acesso a bens e serviços básicos como transporte urbano, unidades de saúde e escolas, contrastando com áreas de aglomerados populacionais, ocasionados por ocupação e loteamentos não

planejados, gerando, assim, problemas à população devido a dificuldades ao acesso a serviços básicos.

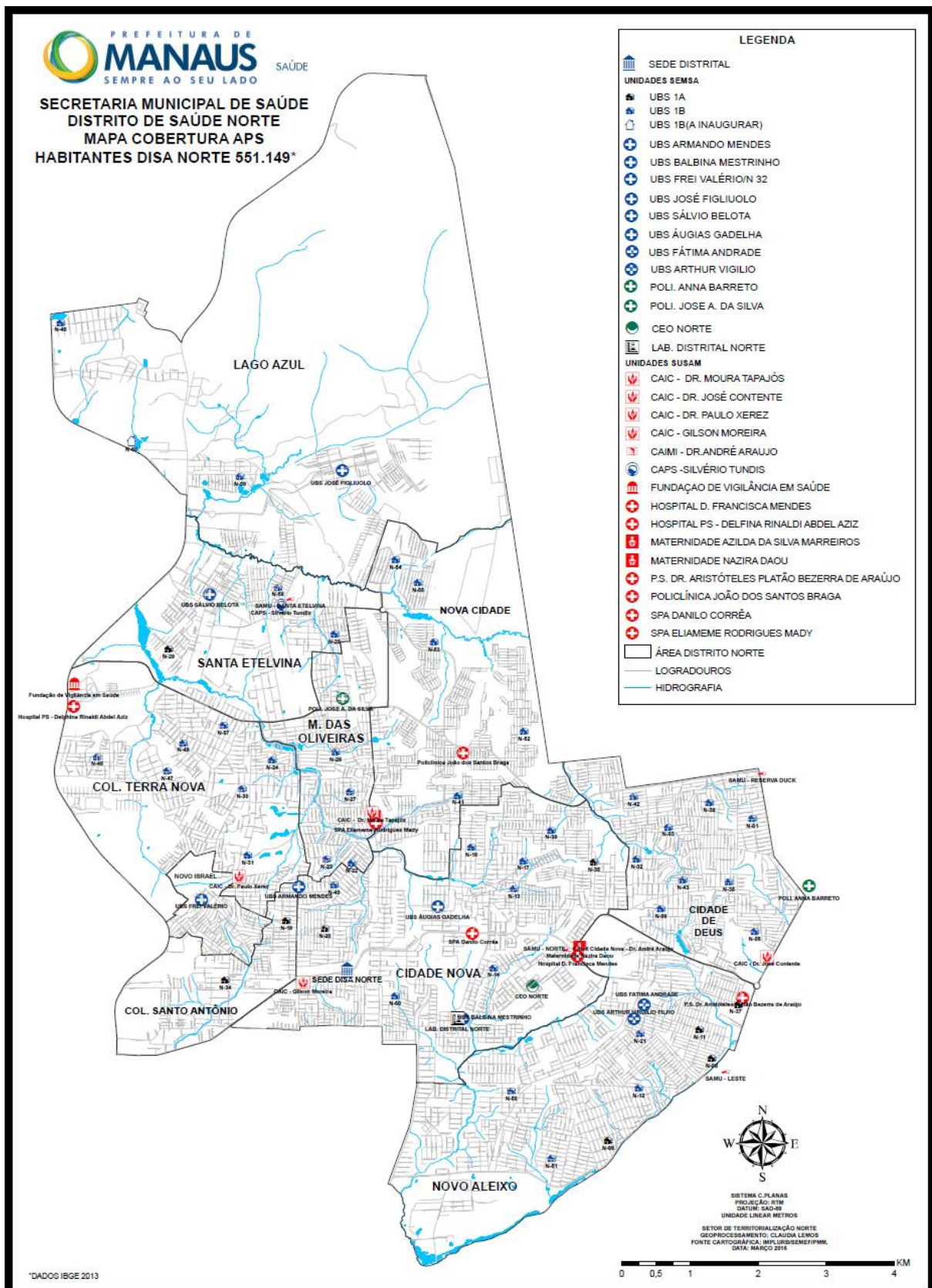


Figura 1 – Mapa cobertura APS habitantes DISA Norte
Fonte: Distrito Sanitário de Saúde Norte, março 2016

4.3 População do Estudo

A população do estudo foi constituída por mães e cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, residentes na Zona Norte de Manaus, usuárias da ESF do Disa Norte. Consideramos importante avaliar sob a ótica do usuário do SUS por este ser capaz de avaliar o serviço que utiliza.

A escolha dessa faixa etária justifica-se por essa fase da vida apresentar maior vulnerabilidade e maior risco de morbimortalidade e demandar maiores cuidados da família e dos serviços de saúde no sentido de promover a saúde, prevenir doenças e favorecer o pleno crescimento e desenvolvimento das crianças.

4.3.1 Amostra

A amostra foi fundamentada na técnica de amostragem aleatória simples sem reposição. O cálculo amostral teve como referência a população total de crianças menores de dois anos, que era de 73.632 (IBGE, 2014) e o número total de crianças cadastradas nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF) do Disa Norte de Manaus, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

Buscou-se amostra representativa, com margem de 95% de confiança e 5% de erro amostral, baseado na atitude conservadora de Bolfarine e Bussab (2005):

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde	Valores para o cálculo amostral
Z = Abscissa da normal padrão	1,96 (95%)
N = Tamanho da população	30.440
\hat{p} = Estimativa da proporção	0,5*
\hat{q} = $1 - \hat{p}$	0,5
d = Erro amostral	0,05 (5,0%)

Nota: (*) Atitude conservadora.

A amostra inicial resultou em 422 sujeitos, realizou-se a partilha proporcional para as 49 UBSF, de acordo com o número de crianças cadastradas por equipe.

Das 49 UBSF do Disa Norte, foram excluídas 7 (sete), com o seguinte detalhamento: (i) em quatro, os gestores alegaram não atender crianças menores de dois anos; (ii) em duas,

os prontuários entregues não atenderem ao critério de inclusão de ter, no mínimo, duas consultas com o médico ou enfermeiro; e (iii) e uma por ter sido realizado o pré-teste. Portanto, somente 42 UBSF entraram no estudo. Destas, em 12 unidades os gestores alegaram pouco atendimento nessa faixa etária, conseqüentemente, o número de prontuários entregues foi inferior ao fornecido pelo Siab e/ou não atendiam os critérios de inclusão no estudo. Ressaltamos que não havia prontuários para substituição quando o número da partilha para aquela unidade não era alcançado. Nesse momento, 90 sujeitos foram excluídos do estudo.

Da amostra final (332), 12 sujeitos foram excluídos, sendo um por recusa e 11 não foram localizados por apresentarem endereços incorretos. O estudo incluiu 320 mães de crianças, que representam 75,8% da amostra calculada. Ressaltamos que a amostra conservou a margem de erro calculada de 5%.

4.3.2 Critérios de Inclusão

Estabeleceram-se como critérios para inclusão no estudo os relacionados a seguir conforme categoria mencionada.

Para a criança

- Ser cadastrada e usuária da ESF em sua área de abrangência.
- Ter, no mínimo, duas consultas realizadas pelo médico ou enfermeiro da ESF no último ano, acompanhada da mãe e/ou cuidador.

- Ser menor de dois anos de idade.

Para a mãe e/ou cuidador

- Ser maior de 18 anos de idade.
- Declarar-se o principal cuidador da criança.
- Ter acompanhado a criança, no mínimo, em duas consultas na referida ESF.

Para a Estratégia Saúde da Família

- Ter, no mínimo, doze meses de atividade.

4.3.3 Critérios de Exclusão

Estabeleceram-se como critérios para exclusão no estudo os relacionados a seguir, conforme categorias mencionadas.

Para a criança

- Utilização casual dos serviços da ESF para finalidades específicas, como imunização ou curativo, mas que não utilizavam o serviço de puericultura.

Para a mãe e/ou cuidador

- Não ter condições mentais para responder aos questionários.

Estratégia Saúde da Família

- Equipe de saúde sem o profissional médico ou enfermeiro por mais de seis meses.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta das características socioeconômicas da família da criança e tempo de utilização do serviço da ESF, foi utilizado um questionário com perguntas estruturadas abertas e fechadas, elaborado especificamente para este fim (Apêndice A).

Para medir a presença e extensão dos atributos essenciais da APS na ESF e o Grau de Afiliação do usuário ao serviço de saúde foi utilizado o PCATool-Brasil versão Criança (Anexo A). O instrumento possui perguntas estruturadas e compreensíveis, e possibilita a avaliação dos escores separadamente por cada atributo: o escore dos atributos essenciais, dos derivados e escore geral da APS (BRASIL, 2010). No presente estudo, foi utilizada a versão criança do Manual do Instrumento PCATool, nos blocos de perguntas que correspondem aos atributos essenciais da APS.

O instrumento é composto por 55 itens divididos em 7 (sete) atributos, dos quais os itens referentes aos atributos essenciais da APS (48 itens em quatro atributos), compreendem: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Desses, os atributos acesso, integralidade e coordenação possuem subdimensões (BRASIL, 2010).

As respostas obtidas no instrumento são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo, com as seguintes respostas possíveis para cada um dos itens: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei / não lembro” (valor = 9) (BRASIL, 2010).

4.5 Treinamento da Equipe e Pré-Teste

Foi realizado treinamento prévio com a equipe de pesquisa para a discussão dos questionários, esclarecimentos e padronização da coleta de dados. Os procedimentos obedeceram ao Manual Instrutivo de Campo elaborado pela autora, para esclarecer dúvidas e orientar os procedimentos desta pesquisa, além da coleta de dados socioeconômicos e as orientações contidas no manual PCATool-Brasil versão Criança (BRASIL, 2010).

Colaboraram com a pesquisa, como entrevistadores, três acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas e um acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade do Norte. No pré-teste foram entrevistadas sete mães de criança menores de dois anos, usuárias de uma UBSF do Disa Norte de Manaus. Nessa fase, as entrevistas foram realizadas em trio, com a presença da pesquisadora principal para treinamento dos acadêmicos. Os sujeitos entrevistados nesta fase não foram incluídos na pesquisa.

4.6 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016, após anuência da Semsu (Anexo B), e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/Ufam) (Anexo C). Para o início das atividades concernentes à coleta de dados, foram realizadas visitas às UBSF a fim de conversar com os gestores para esclarecimentos sobre a pesquisa e agendamento para acesso aos prontuários das crianças menores de dois anos cadastradas na área de abrangência, para realização do sorteio e averiguação dos critérios de inclusão e exclusão no estudo.

Após o sorteio e registro de identificação da criança, mãe e endereço, fomos aos domicílios para aplicação dos questionários. As entrevistas foram realizadas em domicílio, de forma individual, em horário conveniente para os entrevistados, e duravam, em média, 25 minutos. Para a coleta de dados, os entrevistadores seguiram a recomendação do Manual PCATool-Brasil (BRASIL, 2010), quais sejam: apresentação dos objetivos da pesquisa, verificação da disponibilidade da mãe e/ou cuidador para a entrevista, confirmação dos critérios de inclusão e exclusão no estudo, identificação do cuidador da criança por meio da pergunta: “Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde da criança?” e o parentesco com a criança, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realização da entrevista.

Durante as entrevistas, as perguntas foram formuladas conforme o instrumento, e quando o respondente não compreendia na primeira abordagem, perguntávamos novamente, e, somente na terceira tentativa o entrevistador oferecia explicações adicionais para o entrevistado.

Ao iniciar cada bloco de perguntas, o entrevistador reforçava as opções de resposta, por meio de um cartão resposta, indicando: Com certeza, sim; Provavelmente, sim; provavelmente, não; Com certeza, não e não sei/não lembro.

Realizávamos novo sorteio nos casos em que a mãe e/ou cuidador da criança não fossem encontrados em três visitas consecutivas, em dias e horários diferentes, ou quando não residiam mais no endereço registrado no prontuário.

Nos casos onde foram identificados dois prontuários de crianças menores de dois anos sob o cuidado da mesma mãe e/ou cuidador, os dados obtidos foram apenas da criança mais velha; nos casos de irmãos gêmeos, foram coletados dados somente de uma criança.

A pesquisadora participou ativamente dos sorteios nas UBSF e das entrevistas. Foi responsável pela supervisão e averiguação da fidedignidade dos dados coletados pelos acadêmicos. No final das entrevistas, os questionários foram conferidos e entregues à pesquisadora.

4.7 Análise dos Dados

Os dados foram digitados em sistema de dupla entrada e os erros de digitação detectados foram corrigidos após cruzamento dos mesmos. Para digitação e análise, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0.

Os escores dos atributos foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Para tal, foram seguidas as recomendações do Manual PCATool-Brasil (BRASIL, 2010):

A – Grau de Afiliação:

Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3).

O cálculo do escore deste componente obedeceu ao seguinte algoritmo:

Todas as respostas NÃO: $A1 = A2 = A3 = 0$, Grau de Afiliação = 1.

Uma, duas ou três respostas SIM, porém relativas a diferentes serviços:

$A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, Grau de Afiliação = 2.

Dois respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

$A1 = A2$ ou $A1 = A3$ ou $A2 = A3$ e iguais a SIM, Grau de Afiliação = 3.

Todas as respostas SIM e relativas ao mesmo serviço:

$A1 = A2 = A3 = 1$, Grau de Afiliação = 4.

B – Acesso de Primeiro Contato – Utilização:

Constituído por três itens: B1, B2 e B3.

O cálculo do escore desta subdimensão foi realizado pela soma do valor dos itens dividido pelo total dos itens, produzindo um escore médio: $\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$.

C – Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade:

Constituído por seis itens: C1, C2, C3, C4, C5 e C6.

Para o cálculo do escore desta subdimensão, os valores dos itens C2, C4 e C5 foram invertidos (valor 4 = 1), (valor 3 = 2), (valor 2 = 3) e (valor 1 = 4). Após a inversão, o escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo total dos itens, produzindo um escore médio. $\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$.

D – Longitudinalidade:

Constituído por quatorze itens: D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14.

O valor do item D10 foi invertido. Após a inversão, o escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo total dos itens, produzindo um escore médio. $\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$.

E – Coordenação – Integração de Cuidados:

Constituído por seis itens: E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

O cálculo do escore desta subdimensão foi obtido pela soma do valor dos itens dividido pelo total dos itens, produzindo um escore médio. O item E1 não entrou no cálculo do escore por ser um item descritivo. $\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6) / 5$.

F – Coordenação – Sistema de Informação:

Constituído por três itens: F1, F2 e F3.

O escore desta subdimensão foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo total de itens, produzindo um escore médio. $\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$.

G – Integralidade – Serviços Disponíveis:

Constituído por nove itens: G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9.

O escore para esta subdimensão foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo total de itens, produzindo um escore médio. $\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$.

H – Integralidade - Serviços Prestados:

Constituído por cinco itens: H1, H2, H3, H4 e H5.

O escore para esta subdimensão foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo total de itens, produzindo um escore médio. $\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5) / 5$.

Não foi calculado o escore do atributo quando as respostas do entrevistado atingiram 50% ou mais das respostas “não sei/não lembro” do total das questões, o escore para esse entrevistado ficou em branco no banco de dados.

Porém, quando a soma das respostas do entrevistado “não sei/não lembro” era inferior a 50% do total de questões, o escore do atributo foi calculado. Para o cálculo, o valor = 9 “não sei/não lembro” foi transformado em valor = 2 “provavelmente não”, para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não foram conhecidas pelo entrevistado.

Posteriormente, os escores médios de cada atributo foram transformados em uma escala de 0 a 10, obedecendo a fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo)

Escore Essencial da APS

O escore essencial foi calculado pela soma do escore médio dos atributos essenciais mais grau de afiliação, dividido pelo número de componentes.

Soma dos componentes dos atributos / número de componentes (A + B + C + D + E + F + G + H) / 8.

O ponto de corte para definir alto escore foi $\geq 6,6$, valor equivalente a 3 ou mais na escala de Likert, significando grau de orientação à APS satisfatório; valores $< 6,6$ foram considerados escores baixos, indicando que o serviço não está orientado à APS (OLIVEIRA, 2007).

4.7.1 Análise de Validade e Confiabilidade do Instrumento

Como se trata de uma escala ainda não aplicada na população manauara, foi realizado procedimentos para avaliar a confiabilidade da escala nessa população.

Para avaliar a consistência interna, foi utilizando o α de *Cronbach*, que estima a consistência global de uma escala. O α de *Cronbach* foi calculado a partir das correlações entre os escores dos atributos, considerando o valor $> 0,70$ aceitável.

Para verificar a existência das suposições da escala de Likert foi realizado o teste de validade item-convergente, através da correlação item-total $> 0,30$. O nível de significância assumido para todos os testes foi $p < 0,05$.

Buscamos associação entre as variáveis socioeconômicas e o maior ou menor escore Essencial. Para tal, o escore Essencial foi dicotomizado, assumindo o ponto de corte $\leq 6,6$ para alto escore e $< 6,6$ para baixo escore.

4.8 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Coep/SEMSA) em Manaus para emissão do Termo de Anuência Institucional e ao CEP/UFAM, por meio da Plataforma Brasil, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o qual emitiu Parecer Consubstanciado sob CAAE 46491515.6.0000.5020, protocolo n. 1.189.307, autorizando a pesquisa (BRASIL, 2012).

A todos os sujeitos da pesquisa foi oferecido o TCLE, e iniciada a entrevista somente após a aceitação de participação mediante assinatura.

5 RESULTADOS

O estudo incluiu 320 mães e/ou cuidadores de crianças menores de dois anos. As características socioeconômicas dos participantes da pesquisa estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características socioeconômicas das crianças/cuidadores e associação entre escore essencial da APS, Disa Norte – Manaus, 2016.

(Continua)

Variável	Total (n=320)		Escore essencial (n=292)				x ² (p-valor)
	Frequência absoluta	%	Baixo < 6,6 n	%	Alto ≥ 6,6 n	%	
CRIANÇAS							
Sexo							
Feminino	148	46,2	60	46,9	77	47,0	0,00
Masculino	172	53,8	68	53,1	87	53,0	(0,99)
Número de irmãos							
Nenhum	80	25,0	34	26,6	36	22,0	4,57
1 a 2	163	51,0	71	55,4	81	49,4	(0,10)
3 ou mais	77	24,0	23	18,0	47	28,7	
Intervalo entre parto*							
< 2 anos	35	16,3	10	11,5	23	20,4	2,80
≥ 2 anos	180	83,7	77	88,5	90	79,6	(0,09)
A criança mora com:**							
Pai	3	0,9	1,0	0,8	2	1,2	0,13 (0,71)
Mãe	77	24,2	41	32,0	29	17,8	8,12 (<0,01)#
Pai e mãe	239	74,9	86	67,2	132	81,0	6,72 (0,01)#
Principal cuidador:							
Mãe	297	92,8	120	93,8	152	92,7	5,31 (0,25)
Pai	3	0,9	1	0,8	2	1,2	
Outros	20	6,3	7	5,4	10	6,1	
CUIDADORES							
Sexo							
Feminino	314	98,1	126	98,4	160	97,6	0,27 (0,60)
Masculino	6	1,9	2	1,6	4	2,4	
Idade da mãe							
16 a 24 anos	125	39,1	51	39,8	61	37,2	1,02 (0,59)
25 a 35 anos	152	47,5	64	50,0	80	48,8	
35 a 46 anos	43	13,4	13	10,2	23	14,0	
Anos estudo mãe***							
≤ 8 anos	106	33,3	44	34,6	52	31,9	0,24 (0,62)
> 8 anos	212	66,7	83	65,4	111	68,1	
Tipo de moradia							
Tijolo	291	90,9	118	92,2	148	90,2	0,71 (0,70)
Outros	29	9,1	10	7,8	16	9,8	
Situação de moradia							
Própria	181	56,5	74	57,8	90	54,9	8,57 (0,01)#
Alugada	60	18,8	16	12,5	41	25,0	
Cedida	79	24,7	38	29,7	33	20,1	

Tabela 1 - Características socioeconômicas das crianças/cuidadores e associação entre escore essencial da APS, Disa Norte – Manaus, 2016.

Variável	Total (n=320)		Escore essencial (n=292)				x ² (p-valor)
			Baixo <6,6		Alto ≥6,6		
			Frequência absoluta	%	n	%	
Quantas pessoas moram na casa							
≤ 5	201	62,8	82	64,1	99	60,4	0,41
> 5	119	37,2	46	35,9	65	39,6	(0,51)
Água encanada							
Sim	276	86,2	112	87,5	138	84,1	0,65
Não	44	13,8	16	12,5	26	15,9	(0,41)
Banheiro dentro de casa							
Sim	300	93,8	121	94,5	152	92,7	0,40
Não	20	6,2	7	5,5	12	7,3	(0,52)
Coleta de lixo diária****							
Sim	273	85,3	110		142		1,28
Não	45	14,1	17		22		(0,52)
Renda familiar							
>1 salário mínimo	52	16,2	24	18,8	24	14,7	4,53
≥ 1 a < 2 salários mínimos	160	50,0	64	50,0	87	53,0	(0,33)
≥ 2 a < 3 salários mínimos	56	17,5	26	20,3	25	15,2	
≥ 3 salários mínimos	21	6,6	4	3,1	12	7,3	
Não sabe informar	31	9,7	10	7,8	16	9,8	
Renda per capita							
< 250	150	46,9	59	46,1	82	50,0	2,92
≥ 250 a <350	67	20,9	33	25,8	29	17,7	(0,40)
≥ 350	72	22,5	26	20,3	37	22,5	
Não sabe informar	31	9,7	10	7,8	16	9,8	
Criança beneficiária do PBF							
Sim	117	36,6	54	42,2	57	34,8	1,68
Não	203	63,4	74	57,8	107	65,2	(0,19)

Fonte: Elaborada pela autora, 2016.

* O total não corresponde ao número de entrevistas, pois 80 são filhos únicos e 25 não são filhos da mesma mãe.

** Das 320 crianças, uma mora com a avó.

*** Não foi possível obter informação sobre a escolaridade da mãe de duas crianças.

****Dois entrevistados não souberam responder.

#Diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre alto escore Essencial³ e morar com os pais (p<0,01); já para baixo escore Essencial, a associação significativa foi morar somente com a mãe (p<0,01). Outra associação estatisticamente significativa ocorreu entre alto escore Essencial e situação de moradia (p<0,01).

Das crianças selecionadas, 172 (53,8%) eram do sexo masculino. A média de tempo de utilização do serviço foi 11 meses (DP = 6,0; min = 3; max = 23). Destas, 163 (51,0%)

³ Escore essencial da APS doravante será denominado escore Essencial.

possuíam entre 1 a 2 irmãos, média 1,6 irmãos (DP = 1,4; min = 0; max = 7). Destes, para 180 (83,7%) o intervalo entre os partos foi maior que dois anos. Em relação ao calendário de vacina, 277 (86,6%) estavam atualizadas.

As mães configuraram as principais cuidadoras 297 (92,8%), seguidas das avós 16 (5,0%). A média de idade das mães foi 26,9 anos (DP = 6,2; min = 16; max = 46). Destas 212 (66,7%) completaram oito anos de estudo. Apenas 12 (3,8%) completaram o ensino superior. 207 (64,7%) referiram ser do lar.

Em relação à renda familiar, 212 (63,2%) entrevistadas relataram ser inferior a dois salários mínimos. A renda per capita, inferior a R\$ 250,00 para 150 (46,9%) indivíduos. 203 (63,4%) crianças não eram beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Na Tabela 2 estão os escores médios dos atributos essenciais da APS.

Tabela 2 - Escores Essenciais dos atributos da APS, Disa Norte, Manaus, 2016

Atributos/Componente	Escore Mínimo	Escore Máximo	Média	Desvio padrão	Escores baixos (<6,6)		Escores altos (>=6,6)	
					n	%	n	%
Grau de Afiliação (n=320)	3,33	10,00	6,7	4,9	74	23,1	246	76,9
Acesso de Primeiro Contato – Utilização (n=320)	0,00	21,11	6,7	3,6	114	35,6	206	64,4
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (n=314)	0,00	10,00	5,0	2,8	195	62,1	119	37,9
Longitudinalidade (n=320)	0,95	9,76	6,5	1,6	159	49,7	161	50,3
Coordenação – Integração de Cuidados (n=33)	0,00	10,00	6,5	4,0	13	39,4	20	60,6
Coordenação – Sistema de Informação (n=320)	3,33	10,00	8,7	1,4	11	3,4	309	96,6
Integralidade – Serviços Disponíveis (n=298)	0,74	10,00	5,5	1,9	200	67,1	98	32,9
Integralidade – Serviços Prestados (n=317)	0,00	10,00	6,1	3,5	160	50,5	157	49,5
Escore Essencial da APS (n=292)	1,95	10,51	6,5	1,8	128	43,8	164	56,2

Fonte: Elaborada pela autora, 2016.

Nota: O n difere entre os atributos devido os critérios de contagem para cada escore (excluídos aqueles que não pontuaram para este escore, conforme orientação do Manual PCATool Brasil – versão Criança).

Os escores foram satisfatórios ($\geq 6,6$) apenas para o componente Grau de Afiliação e para os atributos Acesso – Utilização e Coordenação – Sistema de Informação. Os atributos que apresentaram escores insatisfatórios ($< 6,6$) foram: Acesso – Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação – Integração de Cuidados, Integralidade – Serviços Disponíveis e Prestados. O atributo Essencial também apresentou baixo escore.

A consistência interna entre os escores dos atributos foi avaliada com utilização do α de Cronbach, resultando em valor $> 0,75$, o que reforça a validade do instrumento.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, os atributos essenciais da APS foram avaliados sob a ótica das mães⁴ de crianças menores de dois anos por estas conhecerem as necessidades dos filhos e vivenciarem a atenção dispensada a eles na ESF. Investigamos também, associações entre alto ou baixo escore do atributo Essencial e as características socioeconômicas das famílias.

Ao realizarmos associações entre o escore Essencial da APS e características socioeconômicas, não surgiram resultados estatisticamente significativos. Tal achado revela que as condições socioeconômicas da população estudada não influenciaram no resultado do escore Essencial, este reflete somente o serviço oferecido na ESF.

Observamos condições de vulnerabilidade social, principalmente quando considerado renda familiar (63,2% das mães referiram renda familiar inferior a dois salários mínimos) e renda per capita (inferior a R\$ 250,00 para 46,9%). Somente 36,6% das mães afirmaram que a criança possuía o benefício do Programa Bolsa Família. Ressaltamos a importância da equipe de saúde reconhecer a influência dos DSS no processo saúde-doença da criança/família de sua área de abrangência para o direcionamento das práticas de saúde.

Para Cronemberger e Teixeira (2013), a família pobre reflete a crueldade da desigualdade social. A pobreza atinge todos os membros da família de forma profunda, impondo sacrifícios e renúncias; ocasiona, muitas vezes, a ida das crianças para a rua e o abandono escolar, comprometendo o desenvolvimento das mesmas. A situação de pobreza prejudica o crescimento saudável e o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança, e está associado a problemas comportamentais.

Portanto, as políticas públicas sociais devem cumprir o seu papel apoiando as famílias vulneráveis no sentido de reduzir iniquidades, favorecer o acesso à educação, saúde, alimentação, moradia e a proteção integral às crianças. Quando o Estado reduz as intervenções sociais, omitindo-se de suas responsabilidades, obriga as famílias a conviverem com as consequências dessa omissão, submetendo-as a uma sobrecarga que as mesmas não podem suportar (GOMES e PEREIRA, 2005).

Os resultados evidenciaram associação estatisticamente significativa entre alto escore Essencial e morar com os pais. Acreditamos que tal associação deve-se à participação do pai no cuidado da criança, proporcionando suporte emocional e financeiro à mãe. Dessa forma,

⁴ Para referenciar os cuidadores nessa pesquisa, decidiu-se usar o termo mãe/mães, considerando que 92,8% das entrevistas foram respondidas por mães.

favorece a saúde da criança por meio do compartilhamento do cuidado, que reflete em melhor avaliação do serviço de saúde.

A participação do homem na vida dos filhos repercute positivamente em toda a família e contribui para o desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social das crianças. Há benefícios, também, para a saúde da mulher devido à divisão de tarefas, o que resulta em redução da sobrecarga feminina, e para a saúde dos homens, pois o compromisso com a família reflete em menor envolvimento com alcoolismo e violência (MARTINS, 2009).

Por outro lado, houve associação estatisticamente significativa entre morar somente com a mãe e baixo escore Essencial que, deve-se, provavelmente, à falta de apoio emocional e financeiro nos cuidados com a criança. Na ausência do companheiro, a mãe torna-se a provedora do lar, aumentando a carga de trabalho e reduzindo o tempo destinado ao cuidado dos filhos. Concordamos com Brito (2008), Costa e Marra (2013), pois referem que mães, chefes de família, necessitam trabalhar de maneira formal ou informal para garantir o sustento da família, conseqüentemente, falta-lhes tempo para participar efetivamente da vida de seus filhos, constituindo grupos em exclusão social.

O estudo revelou que 92,8% das cuidadoras eram as mães das crianças. Tal resultado corrobora com outros estudos realizados no país: no estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) as mães constituíram 88,6% das cuidadoras; e no de Marques *et al* (2014), 96,1%.

Chama atenção nesse estudo, mulheres que perpetuam no papel tradicional, no qual cuidar dos filhos, marido e casa configuram sua principal tarefa, haja vista que 64,7% declararam ser do lar. Supomos que a realidade encontrada está associada à idade das crianças estudadas, muitas mulheres esperam as crianças crescerem para adentrar no mercado de trabalho; ao baixo nível de escolaridade das mães, que dificulta a entrada e manutenção no mercado de trabalho; e a falta de creches públicas, visto que a mãe que trabalha necessita de um lugar seguro para deixar o filho e que não onere sua despesa.

Estudo realizado por Gutierrez e Minayo (2009) em Manaus, com usuárias e profissionais da ESF sobre o papel da mulher nos cuidados da saúde no âmbito da família, evidenciou que a mulher é responsável por diversas dimensões do cuidar, que abrange desde o cuidado físico e do ambiente ao monitoramento da saúde dos membros da família, esse cuidado repercute positivamente na resolução das intervenções de saúde.

As autoras supracitadas revelaram que os discursos dos profissionais de saúde responsabilizam as mães pela condução da família, pelo cuidado, desempenho e comportamento dos filhos, por salvar o filho da delinquência e das drogas. Tal realidade

demonstra que a visão dos profissionais sobre a mãe/mulher ainda é tradicional, principalmente quando se trata de mulheres pobres.

A importância da educação em saúde para o empoderamento das mulheres é uma das recomendações da OMS (2011) para desenvolver competências nas mesmas, quer ao nível da socialização, quer ao nível cognitivo e emocional, e favorecer o empoderamento e a inclusão social. Tais medidas refletem diretamente em melhores condições de vida para as mulheres e suas famílias.

Entretanto, é importante ressaltar que muitas famílias decidem que o cuidado dos filhos seja realizado pela própria mãe, que a mulher assumirá a responsabilidade pelo cuidado e educação dos filhos por considerarem primordial a presença integral da mãe na criação dos filhos, e esta não se sente segregada ou inferior à mulher que trabalha fora do domicílio e opta por manter a carreira profissional.

Quanto ao Grau de Afiliação da criança/família ao serviço de saúde da ESF, o resultado aponta a ESF como fonte regular de atenção no cuidado à saúde da criança na zona Norte de Manaus. Neste componente, 70,0% das mães responderam que existe um médico/enfermeiro na ESF que conhece melhor a criança, e 67,2% referiram esses profissionais como mais responsáveis pela saúde da criança.

Esse é um aspecto importante do serviço, pois a utilização de um mesmo serviço, com o mesmo profissional favorece o vínculo, a prevenção de doenças, melhor reconhecimento de problemas, menos internações, menor utilização do serviço e menores custos (STARFIELD, 2002).

Entretanto, observamos na prática, expressiva procura de mães de crianças menores de dois anos por serviços de pronto atendimento infantil com problemas de saúde comuns nessa faixa etária como as doenças respiratórias e gastroenterites, que podem ser evitadas com medidas simples e de baixo custo como ações educativas, incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do CD.

Farnese et al (2015), em estudo realizado em Manaus, no período de 2008 a 2015, demonstraram que as principais causas de internações em crianças de cinco a nove anos são pneumonia bacteriana, gastroenterite, asma, infecção da pele e tecido subcutâneo, e bronquite aguda. Observaram ainda, tendência de crescimento de internações no período estudado e que a cobertura da ESF e sua evolução não apresentaram impacto na redução das internações avaliadas.

Considerando que as afecções das vias aéreas são prevalentes na população infantil, com taxas maiores quanto menor a idade da criança (CALDEIRA et al, 2011; CARDOSO et

al, 2013), que a mãe tem a ESF como principal porta de entrada para os problemas de saúde da criança e que o médico/enfermeiro deste serviço conhecem a criança e são os profissionais responsáveis pela saúde da criança, cabe questionamento sobre o resultado do escore Grau de Afiliação, haja vista que a realidade revela significativa procura das mães por serviços de pronto atendimento.

Presumimos que essa realidade esteja relacionada, principalmente, às barreiras organizacionais relacionadas ao acesso que dificultam a utilização dos serviços de saúde na APS e no agendamento de consultas com especialistas, a inabilidade da equipe de saúde na abordagem da criança/mãe por meio do acolhimento, ao desconhecimento das mães sobre os cuidados com seus filhos e sobre a oferta dos serviços de saúde da rede de atenção, a ansiedade da mãe diante do adoecimento do filho e por considerar o serviço do pronto socorro mais resolutivo.

Rati *et al* (2013), em pesquisa realizada para compreender as razões da busca de mães por atendimento de urgência e emergência para suas crianças com condições não urgentes, concluíram que a ansiedade da mãe em relação a doença do filho e o medo da piora, aliados à certeza de resolutividade no atendimento foram fatores decisivos para a procura. A percepção da mãe sobre a doença do filho é diferente da percepção da equipe de saúde do serviço, o que gera conflitos, insatisfação e inversão da hierarquização na rede de atenção à saúde. As autoras também questionam sobre a acessibilidade e adesão das famílias aos serviços de APS, que deveria acolher as crianças e atendê-las com resolutividade.

Em relação ao atributo Acesso de Primeiro Contato, este possui duas subdimensões: Utilização e Acessibilidade. O atributo Acesso – Utilização mede o uso do serviço pelo usuário, já o acesso – Acessibilidade, mede a disponibilidade e capacidade do serviço em atender as necessidades da população, como facilidade no agendamento de consultas, acolhimento da demanda espontânea, tempo de espera para consulta, aconselhamento pelo telefone, entre outros (STARFIELD, 2002).

O atributo Acesso – Utilização obteve escore satisfatório (6,7) e indica que a maioria das mães procura o serviço da ESF para as consultas de rotina e para encaminhamentos a serviços especializados. Entretanto, 54,1% das mães responderam que procuram outro serviço de saúde na ocorrência de um novo problema de saúde.

Por outro lado, o atributo Acesso – Acessibilidade, apresentou o pior escore entre os atributos (5,0). Apesar de 55,9% das mães afirmarem que o agendamento da consulta não é demorado e 60,9% tem facilidade para tal, o tempo de espera para a criança ser consultada excedeu 30 minutos (40,3%). Quando perguntadas se conseguiam aconselhamento pelo

telefone, 36,6% responderam “com certeza, não” e 42,5% “provavelmente, não”. Ressaltamos que as UBSF dispõem de telefone fixo.

Quanto ao atendimento da demanda espontânea, foram observados resultados diferentes entre as UBSF, 68,7% das mães declararam que a criança não é atendida no mesmo dia em que apresenta um novo problema de saúde e 29,4% referiram que sim. Destacamos que a maioria das unidades apresentam a mesma estrutura física, recursos humanos e insumos.

Observamos que as barreiras organizacionais do acesso relacionadas ao agendamento de consultas, acolhimento e humanização estão presentes no atendimento às crianças nas equipes de saúde da ESF. Os serviços organizam o atendimento por meio de agendamento com dia e horário específico para atender os programas do MS, inclusive a puericultura, e negligenciam a demanda espontânea. Essa organização do trabalho acaba engessando o serviço, tornando-o inflexível para a resolução dos problemas que surgem.

Ressaltamos que o atendimento da demanda espontânea não se resume a consulta com o médico e/ou enfermeiro, que o acolhimento da criança/família deve ser realizado com vistas a superar as barreiras organizacionais e de informação que estão diretamente relacionadas ao uso do serviço.

Crianças menores de cinco anos adoecem frequentemente devido ao processo de amadurecimento dos sistemas orgânicos e imunológico, e apresentam problemas de saúde agudos que necessitam de agilidade e resolutividade no atendimento. A estratégia AIDPI preconiza ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças prevalentes na infância, por meio de abordagem integral, e esta deve estar inserida nas ações da ESF, inclusive para o direcionamento dessa mãe/criança na rede de atenção.

Para Pina *et al* (2009), a estratégia AIDPI proporciona segurança aos profissionais de saúde na tomada de decisão sobre a conduta frente aos problemas prevalentes na infância. Para as autoras, o acolhimento fundamentado na AIDPI é de vital importância para a resolutividade na atenção às crianças, especialmente nos atendimentos da demanda espontânea.

Em vista disso, o MS reafirma a APS como uma das principais portas de entrada do SUS, portanto, é imprescindível que o usuário encontre a “porta aberta” e equipe capaz de responder às suas demandas, e reconhece que o acesso é um desafio a ser superado. Portanto, recomenda o acolhimento da demanda espontânea, como ferramenta para desburocratizar o atendimento da população e aumentar a resolutividade da atenção em saúde (BRASIL, 2013),

Assim sendo, a equipe de saúde deve ser capacitada a ouvir atentamente o usuário, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções que atendam as necessidades da

população (BRASIL, 2013). Entretanto, identificamos distanciamento das recomendações do MS na prática do acolhimento, o que compromete a universalidade do SUS e a acessibilidade aos serviços, gerando iniquidades. Para Almeida, Fausto e Giovanella (2011), a efetivação da APS como porta de entrada depende do ainda frágil equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada.

Apesar do modelo de atenção proposto pela ESF considerar a família como o centro da atenção, a integralidade do indivíduo na assistência e o trabalho em equipe em prol da comunidade, não tem cumprido o seu papel de atender as necessidades da população infantil e, muito menos, de ser resolutiva. Tal realidade leva as mães a procurar outros serviços de saúde, como os Caics, SPA e prontos socorros (PS) em busca de garantia de atendimento e resolutividade, o que não encontram nas UBSF.

Ademais, observamos desconhecimento de alguns profissionais sobre o modelo de atenção vigente, pois orientam as mães a procurar o CAIC para o acompanhamento do CD e o SPA ou pronto socorro infantil por problemas agudos comuns na infância, passíveis de serem resolvidos na ESF. Tal fato foi confirmado na coleta de dados, onde foram identificados vários prontuários de crianças cadastradas, mas que nunca foram consultadas; registros de consulta apenas na primeira semana de vida, que ocorre para o fechamento do pré-natal; e poucos registros de consultas de seguimento do CD.

O atendimento à criança na APS em Manaus é oferecido por equipes da ESF, UBS convencionais e policlínicas com atendimento médico generalista e especialista, entre eles, o pediatra. Há também o CAIC, serviço gerido pelo governo do Amazonas, que realiza atendimento ambulatorial médico, odontológico e psicológico somente para crianças, este serviço deveria ser referência para as crianças de risco da ESF. Entretanto, estes serviços atendem a demanda espontânea. A articulação entre esses serviços é insignificante e, associada à baixa cobertura dos serviços da ESF e a ausência de acolhimento da demanda espontânea na ESF, ocasiona confusão nos profissionais de saúde e na população quanto à oferta de serviços.

Além disso, a população e muitos profissionais de saúde desvalorizam os profissionais que atuam na APS, por esta remeter à noção de menor complexidade por lidar com problemas simples, necessitar de tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada (MENDES, 2009).

Acreditamos que os serviços de saúde devem assegurar o acesso da população aos serviços da APS por meio do treinamento da equipe de saúde para o acolhimento, a escuta atenta, a avaliação das singularidades da população adscrita. A atenção à saúde deve ser

embasada em dados científicos e epidemiológicos, com vistas a reduzir os problemas enfrentados pelas crianças.

O atributo Longitudinalidade apresentou baixo escore (6,5). Esse atributo expressa a presença de uma fonte regular de atenção primária à população e seu uso contínuo ao longo do tempo, envolvendo vínculo entre equipe de saúde e comunidade. Para Starfield (2002), a longitudinalidade exige dos profissionais de saúde o conhecimento do contexto onde a criança/família está inserida.

As respostas aos itens desse atributo relacionados ao conhecimento do médico ou enfermeiro sobre a criança foi satisfatório. As mães relataram que a criança é atendida na ESF pelo mesmo profissional e que há comunicação efetiva com os mesmos. Tal fato revela a presença de vínculo entre profissionais e crianças/família.

Em contrapartida, somente 58,8% das mães referiram que os profissionais conheciam pessoalmente a criança. Em relação às perguntas relacionadas à família, as mães informaram que os profissionais desconheciam suas famílias (58,1%), os principais problemas enfrentados por elas (59,4%); o trabalho/emprego dos seus familiares (63,4%) e as dificuldades em obter medicamentos (48,8%). Quando perguntado às mães sobre o uso do telefone para esclarecimento de dúvidas com o médico ou enfermeiro que conhecia a criança, 41,6% das mães responderam “com certeza, não” e 31,6% “provavelmente não”.

Essa realidade evidencia que o relacionamento no consultório não tem extrapolado os muros da ESF, demonstra fragilidades no vínculo e conhecimento limitado sobre a família da criança e seu contexto. A utilização do telefone como meio de comunicação não é incentivada para a resolução de dúvidas das mães. Observamos que a comunicação via telefone ocorrem entre as mães e os ACS, porém, por telefonia móvel individual. Vale ressaltar que algumas unidades o telefone não estava funcionando.

O modelo biomédico prevalece na assistência oferecida à criança/família, a equipe de saúde da ESF não considera a família, que é o foco da atenção, e seu contexto no processo saúde-doença. O conhecimento sobre as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais da família favorece o cuidado integral e efetivo, haja vista que as recomendações para a promoção da saúde, tratamento ou reabilitação da criança devem considerar a realidade vivenciada para que sejam exequíveis e tenha maior adesão.

Estudo realizado por Silva, Giovanella e Mainbourg (2014) sobre as práticas das equipes de ESF em Manaus evidenciou que a abordagem da equipe é centrada no indivíduo e sua queixa; que a mudança no modelo de atenção não ocorreu, a incorporação da família nas práticas de cuidado pelos profissionais é incipiente. Referem ainda que, a criação da saúde da

família em Manaus não teve intenção de transformar o modelo de atenção, mas de ampliar a cobertura de saúde. Esse fato configura a raiz de muitos problemas enfrentados na atualidade na atenção à saúde.

Portanto, é urgente a necessidade da equipe de saúde da ESF avançar no sentido de consolidar o vínculo e o relacionamento de confiança com a família para que a mesma possa sentir-se confortável para expressar seus problemas e dificuldades. Para Starfield (2002), a presença da longitudinalidade favorece o cumprimento das orientações e prescrições, a redução de hospitalizações e encaminhamentos a serviços especializados por favorecer o diagnóstico adequado, o tratamento efetivo e satisfação do usuário.

O atributo Coordenação na subdimensão Integração de Cuidados apresentou baixo escore (6,5), e revela as fragilidades na integração das ações de saúde oferecidas à criança e na garantia do cuidado na rede de atenção. Outras pesquisas também apresentaram escore inferior para esse atributo, como a de Leão; Caldeira e Oliveira (2011) com escore de 6,3; a de Marques *et al* (2014), com 5,6; e Mesquita Filho; Luz e Araújo (2014), com 5,0.

Esse atributo refere-se à capacidade da ESF em responsabilizar-se pela continuidade do cuidado à criança em outros serviços da rede de atenção. A APS deve coordenar, integrar e sincronizar os serviços e ações de saúde, torná-los resolutivos, evitar a duplicidade de ações e a fragmentação da atenção (STARFIELD, 2002).

Neste estudo, apenas 52 (16,3%) crianças foram encaminhadas ao serviço especializado. Acreditamos que a pequena quantidade deve-se a idade dos sujeitos do estudo.

As mães afirmaram que 52% dos profissionais da ESF ficaram sabendo que a criança foi consultada pelo especialista, destes somente 40% mostraram-se interessados na qualidade do cuidado recebido. Das crianças que foram encaminhadas para outros serviços, 21% aguardavam o agendamento com especialistas, isto demonstra pouca resolutividade da assistência à saúde. A ESF tem enfrentado dificuldades para coordenar a atenção, devido, principalmente, à oferta de serviços sem considerar as necessidades da população, gerando descompasso entre a demanda e a oferta de serviços especializados (SEMSA, 2016).

Em Manaus, a espera para o agendamento de consultas no serviço especializado e de exames especiais pode durar meses, o que leva algumas famílias à procura de atendimento no serviço privado, com conseqüente ônus no orçamento familiar e/ou procura por serviços de urgência e emergência, o que fortalece a fragmentação do cuidado.

Os problemas de referência e contrarreferência em Manaus possuem raízes históricas: a lentidão da municipalização em decorrência de rivalidade política entre prefeito e governador e a implantação da ESF, na época PMF, que não teve pretexto inicial de modificar

o modelo de atenção, ocorreu por iniciativa do prefeito, portanto, as equipes eram ligadas diretamente ao gabinete do mesmo, causando conflitos entre os profissionais de saúde da prefeitura, uma vez que os profissionais da UBS convencional não queriam atender os encaminhamentos do PMF, o que repercutiu também na rede de atenção estadual (ESCOREL *et al*, 2002).

Para Almeida *et al* (2010), a insuficiente oferta de atenção especializada gera dificuldades para o agendamento de procedimentos especializados e torna-se um entrave à coordenação e integralidade da atenção. A atenção integral depende da oferta suficiente de serviços na média complexidade, da organização de fluxos e integração entre os serviços da rede de atenção à saúde.

O atributo Coordenação na subdimensão Sistema de Informação obteve a maior nota desta investigação (8,7). As mães responderam que levavam a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) quando procuram a ESF (99,4%) e que o prontuário estava disponível na consulta (95,0%).

No entanto, questionamos o valor desse escore, o fato da mãe levar a CSC para o atendimento na ESF e a presença do prontuário na consulta não garante que os registros sejam e realizados e nem a qualidade dos mesmos. Identificamos, durante a coleta de dados, prontuários sem registros, com registros de atendimento somente na primeira semana de vida e/ou no primeiro mês de vida, com apenas um registro no período de um ano e poucos prontuários com consultas de seguimento da criança. Tal fato evidencia que o prontuário não está sendo utilizado como instrumento de informação da situação de saúde da criança.

Pesquisas evidenciam que, embora os profissionais reconheçam que a CSC é um instrumento útil para o acompanhamento do CD e para a comunicação entre profissionais, esta é pouco utilizada (ABREU, VIANA e CUNHA, 2012; ANDRADE, REZENDE e MADEIRA, 2014).

O prontuário é uma ferramenta essencial para a organização do serviço, o conhecimento da atenção recebida, a continuidade do cuidado e para a referência e contrarreferência. Quando perguntadas se poderiam ler ou consultar o prontuário da criança, 49,4% responderam: “com certeza, sim”, 15,9% “provavelmente, sim”, 12,8% “com certeza, não” e 21,9% “provavelmente, não”. Chama atenção o desconhecimento dos direitos do usuário do SUS relacionado ao seu prontuário.

A Portaria nº 1.820/2009 dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, entre eles, o direito ao tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento. Para isso, devem ser asseguradas no prontuário, informações

compreensíveis, legíveis e atualizadas sobre o estado de saúde, permitido o acesso do usuário ou de pessoa por ele autorizada, ao conteúdo do prontuário, além da garantia de envio e fornecimento de cópia em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio (BRASIL, 2009).

Quanto ao atributo Integralidade, os valores obtidos foram baixos para a subdimensão Serviços Disponíveis (5,5) e para a subdimensão Serviços Prestados (6,1). Esses escores evidenciam que a integralidade não está presente na assistência à criança, que o modelo assistencial biomédico permanece arraigado nas práticas dos profissionais da ESF, que a disponibilidade de ações preventivas e de promoção à saúde para a família/comunidade está aquém do ideal, que orientações importantes para a saúde da criança não estão sendo contempladas nas consultas de crianças menores de dois anos. Essa realidade deixa explícito que o acompanhamento da criança na ESF merece reflexões e mudanças.

Investigações avaliativas com cuidadores de crianças utilizando o PCATool também apresentaram resultados parecidos. O estudo de Marques *et al* (2014) em uma comunidade quilombola de Minas Gerais, apresentou escore de 6,3 para o atributo Integralidade - Serviços Disponíveis e de 5,5 para Serviços Prestados. Mesquita Filho; Luz e Araújo (2014), em pesquisa com crianças menores de dois anos, no município de Pouso Alegre, apresentaram baixo escore para o atributo Integralidade - Serviços Básicos Disponíveis (5,6), Serviços Complementares Disponíveis (2,9) e Serviços Prestados (5,6). A pesquisa de Oliveira e Veríssimo (2015), realizada em Colombo, Paraná, compara os serviços da ESF e UBS convencional, o escore para o atributo Integralidade na ESF foi baixo (6,2), porém superior ao da UBS convencional (4,7). Silva e Fracolli (2016) avaliaram os atributos da APS em onze municípios de Minas Gerais, o escore do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis foi 5,1 e, para Serviços Prestados, 6,5.

Os itens referentes ao atributo Integralidade – Serviços Disponíveis evidenciam que as mães referiram como serviços disponíveis: imunizações (80,0%), métodos anticoncepcionais (91,6%), aconselhamento e solicitação do teste anti-HIV (63,8%). Para o programa de assistência social (56,9%) e programa de suplementação nutricional (49,1%) a disponibilidade foi menor, apesar da existência de muitas famílias em situação de vulnerabilidade social no contexto estudado.

Os itens que as mães declararam como não disponíveis foram: aconselhamento e/ou tratamento para o uso prejudicial de álcool/drogas (67,8%), saúde mental (75,3%), sutura (68,8%) e identificação de problemas visuais (83,5%).

Para Starfield (2002), a integralidade implica em oferecer todos os tipos de serviços de atenção à saúde, inclusive os de prevenção e promoção da saúde, reconhecer os problemas e realizar os encaminhamentos de acordo com a necessidade da população.

A atenção integral considera a criança em sua totalidade, respeitando as peculiaridades inerentes ao processo de crescimento e desenvolvimento e suas necessidades biopsicossociais, com o propósito de intervir para garantir a promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, buscando serviços e/ou profissionais na rede de atenção para suprir as necessidades da criança, de acordo com sua complexidade.

Torna-se imprescindível comunicar a população sobre os serviços oferecidos e a responsabilidade da APS na integração dos cuidados. O estudo destaca o desconhecimento da mãe sobre os serviços disponíveis na UBSF, e revela que as informações à população, quanto aos serviços oferecidos, são insuficientes. Tal fato foi confirmado por respostas afirmativas para alguns serviços não disponíveis na ESF, como a sutura (21,6%).

Observamos que a maioria das respostas positivas quanto aos programas sociais, de suplemento nutricional e a disponibilidade do teste HIV foram oriundas de mães que já haviam utilizado e/ou utilizavam tais serviços. Portanto, há necessidade de ampliar as informações para os outros usuários.

Vale ressaltar que a oferta de serviços está associada à infraestrutura de algumas UBSF (32m²) que não possuem espaço adequado para procedimentos como curativo e imunização, à ausência de insumos como medicamentos e curativos com produtos específicos, à insuficiente manutenção de equipamentos como ar condicionado, compressor odontológico e autoclave. Tais fatores obrigam a equipe de saúde a realizar ajustes para atendimento, o usuário a procurar outro serviço e gera insatisfação nos usuários e na equipe de saúde.

A gestão municipal destas demandas pelo município é fundamental para a resolução de problemas, visto que é responsável pela estrutura física da UBSF, pela avaliação e monitorização das equipes de saúde e pelo suprimento dos insumos e manutenção dos equipamentos para que o serviço possa funcionar adequadamente. Pesquisa realizada em Manaus demonstrou que os insumos e medicamentos apresentam estoque regular na ESF (SILVA, 2013).

As ações preventivas para o uso prejudicial de drogas e saúde mental devem ser fortalecidas, justificadas não somente pelo perfil epidemiológico, mas pelo impacto desastroso a médio e longo prazo na saúde do indivíduo, e conseqüentemente, da família/sociedade. O uso do álcool afeta as relações familiares por comprometer a situação econômica e emocional da família (MORETTI-PIRES *et al*, 2011).

A saúde biopsicossocial da família interfere na saúde dos seus membros e, principalmente, das crianças. Estudos sobre maus tratos em crianças destacam que os agressores são, na maioria, pessoas da família e, entre os fatores associados à agressão, estão a dependência de álcool e drogas e transtornos de conduta, psiquiátricos ou psicológicos (PIRES e MIYAZAKI, 2005; MARTINS, 2010).

Portanto, é imprescindível elaborar atividades de educação em saúde para esclarecimento desses problemas na intenção de prevenir o uso de drogas lícitas e ilícitas que tem afligido muitas famílias. Concordamos com Oliveira e Gonçalves (2004), pois remetem à prática educativa em saúde como ação essencial à prevenção de doenças e agravos, pois tem o objetivo de proporcionar melhorias para as condições de vida e saúde da comunidade e provoca o empoderamento e a transformação da realidade.

Os profissionais da equipe de saúde da ESF precisam envolver a educação em saúde numa concepção que transcenda os determinantes biológicos, e deve considerar as particularidades da criança, bem como o contexto educacional e cultural da mãe/família. É fundamental o estreitamento das relações e compreensão das diversas formas de aprendizado para provocar reflexão e mudança de atitudes e hábitos que favoreçam a saúde infantil.

Quanto aos itens da subdimensão Serviços Prestados, estes compreendem aconselhamentos sobre os cuidados com os filhos. As mães afirmaram que os assuntos abordados nas consultas compreenderam: alimentação saudável, higiene e sono adequado (83,8%), guardar medicamentos com segurança (67,8%), mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança (56,9%), como resolver problemas de comportamento da criança (40,0%), manter a criança segura, como evitar tombos e mantê-la longe do fogão (51,9%).

Salientamos que essas orientações devem ser rotina nas consultas de puericultura, a qual deve favorecer as orientações sobre os cuidados com a criança. Entretanto, observamos baixa adesão da família ao acompanhamento do CD da criança, o que remete a reflexão sobre vários fatores que contribuem para essa realidade, como a baixa cobertura da ESF, o despreparo da equipe de saúde para atender essa população, o desconhecimento da equipe de saúde sobre o modelo de atenção proposto pela ESF, a sobrecarga de trabalho da equipe de saúde, que precisa responder a todos os programas do MS, ao desconhecimento da mãe sobre a importância do acompanhamento do CD e de ações preventivas para a manutenção da saúde da criança, a desvalorização da equipe de saúde da ESF e valorização das especialidades, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de criação de vínculo.

Para Silva (2013), a puericultura em Manaus é um grande desafio em virtude das exigências de atenção das crianças, como os problemas familiares e sociais, os problemas

escolares e de comportamento, a violência, os maus-tratos e a obesidade, o que exige maior empenho da gestão da atenção básica e dos profissionais de saúde para modificar e qualificar a assistência oferecida à criança.

Cursino e Fujimori (2012) referem que a atenção integral na assistência à criança está longe de ser alcançada, já que o acompanhamento do CD, que constitui um eixo integrador das atividades de atenção à criança na APS, apresenta fragilidades.

O Ministério da Saúde preconiza como meta ideal para o atendimento em puericultura o número mínimo de nove consultas com médico e/ou enfermeiro no primeiro ano de vida da criança a fim de garantir a qualidade desse atendimento (BRASIL, 2002) e a observância deste calendário não tem sido realidade na ESF do Disa Norte de Manaus.

Dessa forma, a assistência à criança é fragmentada e não há criação de vínculo com a criança/família. Para Mendes (2013), a fragmentação da atenção à saúde tem profundas raízes econômicas, políticas e culturais, tornando um grande desafio, superá-la. Para o autor, os problemas enfrentados pelo SUS para garantir saúde universal e integral à população brasileira podem ser superados pelas redes de atenção, coordenadas pela APS. Para isso, preconiza o fortalecimento da APS, com cobertura de 75% da população, a resolução dos problemas de gestão, o aumento dos recursos financeiros, a ampliação do trabalho interdisciplinar, e a implantação de ações de saúde baseados em evidências.

Em relação ao escore Essencial, o baixo escore (6,5) indica que a assistência oferecida à criança não está em consonância com os atributos essenciais da APS. Somente o Grau de Afiliação e os atributos Acesso – Utilização e Coordenação – Sistema de Informação apresentaram escores considerados altos. O resultado indica que a ESF precisa avançar para proporcionar acesso efetivo e cuidado integral à criança e família para ser resolutiva e de qualidade.

A assistência à criança/família na ESF está comprometida, haja vista que serviços de saúde com forte orientação à APS diminuem a exclusão social, por meio da formação de vínculo entre equipe de saúde e usuário. A população infantil necessita de uma equipe de saúde acessível e disposta a compreender e ajudar a solucionar os problemas de saúde da criança; a promover o crescimento e desenvolvimento saudável, com vista à redução da morbimortalidade; a evitar a peregrinação da criança na rede de atenção; e a favorecer o cuidado integral.

A realidade encontrada neste estudo demonstra a necessidade de fortalecer a APS em Manaus, haja vista que serviços de saúde comprometidos com os atributos da APS resultam em melhorias na saúde da população, menores custos, maior efetividade, satisfação dos

usuários e maior isonomia, mesmo em contextos de iniquidades sociais (STARFIELD, 2002; HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET, 2004; MACINKO; HARZHEIM, 2007; MENDES, 2009).

Para que isso se torne realidade, a gestão municipal e as equipes de saúde da ESF devem assumir a responsabilidade de oferecer assistência integral à criança. Salientamos que os profissionais da APS enfrentam uma infinidade de problemas, os quais não possuem gerência para solucioná-los, o que gera frustração e/ou acomodação. É necessário um repensar crítico e contínuo das práticas profissionais, baseado em conhecimento científico e na realidade da população assistida para favorecer a tomada de decisão com vistas à resolução dos problemas que afetam a população infantil. Torna-se imperioso capacitar a equipe de saúde para o manejo adequado da criança.

CONCLUSÃO

O presente estudo se propôs a avaliar os atributos essenciais da APS na assistência à saúde da criança de zero a dois anos de idade na ESF do Disa Norte da cidade de Manaus por meio do instrumento PCATool Brasil versão Criança, aplicados as mães das crianças usuárias da ESF. Os resultados obtidos demonstraram que, na visão das mães, a assistência não está orientada pela APS.

O escore Essencial da APS apresentou-se abaixo da nota de corte, o que indica pouca presença dos atributos essenciais e, conseqüentemente, baixa efetividade, uma vez que persistem obstáculos ao Acesso de Primeiro Contato na subdimensão Acessibilidade das crianças aos serviços de saúde; dificuldades na formação de vínculo entre equipe de saúde e criança/família, limitada responsabilização pela população infantil, afetando a Longitudinalidade; a atenção medico-curativista, que tem como consequência a fragmentação da assistência, tornando a Integralidade um desafio a ser superado; a desarticulação entre os serviços, que impede a Coordenação da Atenção por meio da referência e contrarreferência nos outros níveis de atenção. Entre os atributos essenciais da APS, o Acesso de Primeiro Contato na subdimensão Acessibilidade e o Integralidade obtiveram as menores notas.

Identificamos escores positivos somente quando avaliados o Grau de Afiliação e os atributos Acesso na subdimensão Utilização e Coordenação na subdimensão Sistema de Informação, indicando presença destes atributos na assistência oferecida à criança, embora o valor do componente Grau de Afiliação e o atributo Coordenação – Sistema de Informação sejam controversos.

A atenção à saúde da criança no Distrito de Saúde Norte é caracterizada por negligência da equipe de saúde da ESF. O estudo aponta para a necessidade de avançar no sentido de oferecer acesso efetivo e cuidado integral à criança, para o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e a criança/família. Para isso, o acolhimento, a escuta atenta, o diálogo e o conhecimento da realidade em que a criança/família está inserida são essenciais para a o acesso as ações de saúde, atendimento das necessidades e envolvimento das famílias na resolução dos problemas e na promoção da saúde da criança/família.

A gestão municipal da área técnica de saúde da criança necessita criar estratégias de capacitação das equipes de saúde que atuam nas UBSF, bem como protocolos de atendimento e de responsabilização para coordenação do cuidado nos outros níveis de atenção com intuito de atender as demandas da população infantil para que possa repercutir em melhoria na

qualidade da assistência oferecida à criança, que devido à sua vulnerabilidade, compõe uma das áreas prioritárias do Ministério da Saúde.

O instrumento PCATool Brasil – versão Criança mostrou-se efetivo para avaliar a presença dos atributos da APS no contexto da ESF e para apontar as potencialidades e fragilidades na assistência infantil, o que permite o direcionamento para a solução dos problemas. Entretanto, compreendemos que para isso é necessário empenho político, de gestão e dos profissionais da saúde. Avaliações posteriores se fazem necessárias para conhecimento do caminhar da APS em Manaus.

Ressaltamos que a realidade encontrada na coleta de dados, em relação ao número de crianças cadastradas informadas pelo Siab, discordou seriamente do número de prontuários entregues nas UBSF, entretanto, não houve prejuízos para o estudo.

REFERÊNCIAS

ABREU, T. G. T; VIANA, L. S. CUNHA, C. L. F. Desafios na utilização da Caderneta de Saúde da Criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care*, v. 3, n. 2, p. 80-83, 2012.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. F; FAUSTO, M. C. R; GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam de Salud Publica*, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ANDRADE, G. N; REZENDE, T. M. R. L; MADEIRA, A. M. F. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 5, p. 857-864, 2014.

BARBOSA, M. A. Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: O caso de Manaus. 2004. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

BOING, A. F. *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012.

BOLFARINE, H; BUSSAB, W. *Elementos de Amostragem*. Edgard Blucher, 1ª ed, São Paulo: 2005.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Exclui partes do texto da Res. 196/96 e incorpora novas normas relacionadas ao desenvolvimento de pesquisas com humanos. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 05 jan. 2014.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988. 282 p.

_____. Lei nº. 10836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2004.

_____. Lei nº. 8.080, 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, Brasília, DF, 20 set 1990.

_____. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

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

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria GM/MS nº. 2.488, 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 25 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança; ações básicas. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014 - Amazonas - Indicadores municipais. Taxa mortalidade infantil por Município. Manaus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2014/cnv/coapmunAM.def>. Acesso em: 03 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015. Taxa mortalidade infantil por Ano segundo Região/UF. Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def>. Acesso em: 03 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Portaria GM/MS nº. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 22 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS nº. 569, de 01 de junho de 2000. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 03 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Portaria GM/MS nº 693, de 05 de julho de 2000. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em: 05 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 05 de mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 25 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município - MANAUS/AM. Competência: Janeiro de 2016 a Julho de 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio_php. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed, 1.reimpr, 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf. Acesso em 23 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf. Acesso em: 22 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 05 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 15 fev. 2016.

CALDEIRA, A. P. *et al.* Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, n. 1, p. 61-71, jan./mar. 2011.

CARDOSO, A. M. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1270-1271, jul. 2010 (editorial).

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

CASSADY, C. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE Astrid (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011. p. 41-49.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, F. A. O; MARRA, M. M. Famílias brasileiras chefiadas por mulheres pobres e monoparentalidade feminina: risco e proteção. *Revista Brasileira de Psicodrama*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-153. 2013.

CRONEMBERGER, I. H. G. M; TEIXEIRA, S. M. Famílias vulneráveis como expressão da questão social, à luz da política de assistência social. *Revista Eletrônica Informe econômico*, ano 1, n. 1, p. 17-26, ago. 2013.

CURSINO, E. G; FUJIMORI, E. Integralidade como uma Dimensão das Práticas de Atenção à Saúde da Criança: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, esp. 1, p. 676-680, dez. 2012.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. *Qual. Assur. Utiliz. Rev*, v. 1, n. 1, p. 6-12, 1986.

ESCOREL, S. *et al.* Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: relatório final de Manaus-AM. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 21, n. 2-3, fev./mar. 2007.

FANESE, J. M. *et al.* Perfil de Morbidade Hospitalar de Pacientes Pediátricos de 5 a 9 anos por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde nas cinco principais Capitais Brasileiras. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. v. 6, n. 2, p.1495-1514. 2015.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 553-563. 2006.

FRACOLLI, L. A. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 12, p. 4849-4858. 2014.

GOMES, M. A; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: www.amazonas.am.gov.br/2016/06/reordenamento-da-rede-de-saude-e-apresentacao-aos-deputados-estaduais/. Acesso em 20 set. 2016.

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.

HARTZ, Z. M. A; FELISBERTO, E; SILVA, L. M. V. *Meta-avaliação da atenção à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 410p.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p.1649-1659, ago. 2006.

HARZHEIM, E; STEIN, A. T; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 23-40, jan./jun. 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nota Técnica Estimativas da População dos Municípios Brasileiros com Data de Referência em 1º de julho de 2014. Diretoria de Pesquisas - DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS, Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica - GEADD. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf. Acesso em 09 fev. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A2E7311D1013003524D7B79E4/IBGE_CEN_SO2010_sinopse.pdf. Acesso em 20 de jan. 2014.

LEÃO, C. D. A; CALDEIRA, A. P; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, v. 11, n. 3, p. 323-334, jul./set. 2011.

LIMA, R. T; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 15, n. 1, p. 103-114. 2011.

LUNA, M. R. D. S; OLIVEIRA, S. E. B. Acesso na Estratégia Saúde da Família: a realidade do Bairro Mauazinho, Manaus/AM. *Cadernos ESP*, Ceará, v. 6, n. 1, p. 15-28, jan./jun. 2012.

MACINKO, J; HARZHEIM, E. Instrumento de avaliação da atenção primária – sua utilização no Brasil. Entrevista concedida a *Rev Bras Saúde Fam*. v. 14, p. 4-7. 2007.

MALOUIN, R; STARFIELD, B; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. *Managed Care*, p. 44-48, Jun. 2009.

MARQUES, A. S. *et al.* Atenção Primária e Saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 365-371. 2014.

MARTINS, A. C. PATERNIDADE: repercussões e desafios para a área de saúde. *Revista Pós Ciências Sociais*, São Luís, v. 1, n. 11, p. 1-28, 2009.

MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 660-665, jul./ago. 2010.

MENDES, E. V. "Agora mais que nunca" uma revisão bibliográfica sobre a atuação primária à saúde. Belo Horizonte, 2009.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*, v. 27, n. 78, 2013.

MESQUITA FILHO, M; LUZ, B. S. R; ARAÚJO, C.S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, jul. 2014.

MORETTI-PIRES, R. O. *et al.* Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 4, p. 926-932, 2011.

OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, v. 13, n. 2, p. 268-277, 2010.

OLIVEIRA, H. M; GONÇALVES, M. J. F. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov./dez. 2004.

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

OLIVEIRA, V. B. C. A; VERISSIMO, M. L. Ó. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Rev Esc Enferm USP*, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. OMS, Alma-Ata, 1978.

_____. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Organização Mundial da Saúde, 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2008. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacao-Atencao-Primaria-Saude-Americas.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2014.

PAIVA, M. A. S. *et al.* Pneumonias na criança. *J Pneumol*, v. 24, n. 2, p. 101-108, mar./abr. 1998.

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

PIRES, A. L; MIYAZAKI, M. C. O. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*, v. 12, n. 1. p. 42-49, jan./mar. 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária em Saúde será reorganizada. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/atencao-primaria-em-saude-sera-reorganizada/>. Acesso em: 05 abr. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito de Saúde Norte. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/unidades-de-saude/distrito-de-saude-norte/>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014 - 2017. 2015.

RATI, R. M. S. *et al.* “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3663-3672, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p.4755-4766. 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas. Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=psf>. Acesso em 05 abr. 2016.

SILVA, N. C; GARNELO, L; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saúde Soc São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 592-604. 2010.

SILVA, N. C; GIOVANELLA, L; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n. 2, p. 274-281, mar./abr. 2014.

SILVA, N. R. Como está o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Infantil em unidades da estratégia saúde da família (ESF) em Manaus – AM?: avaliação do grau de implantação. 2013. 205f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, S. A; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*, v. 69, n. 1, p. 47-53, 2016.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup1, p. S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em 08 de jan. 2014.

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

TRAVASSOS, C; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, C; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*, v. 20 supl. 2, p. 190-198. 2004.

VANDERLEI, L. C. D. M; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 379-389. 2013.

VICTORA, C. G. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Séries Saúde no Brasil 6. Publicado Online (www.thelancet.com). 9 de maio de 2011a. *The Lancet*.

VICTORA, C. G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Série Saúde no Brasil 2. Publicado Online (www.thelancet.com). 9 de maio de 2011b. *The Lancet*.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2014. 110p.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

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

Não

Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

Não

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

Não

Sim, mesmo que A1 & A2 acima

Sim, o mesmo que A1 somente

Sim, o mesmo que A2 somente

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5 - _____

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

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

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

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

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, Sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Quando o (a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C2 - Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no (a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> "?	4	3	2	1	9
C3 - É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRI- ANÇA ("consulta de rotina") no (a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> "?	4	3	2	1	9
C4 - Quando você chega no " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ", você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/ enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4	3	2	1	9
C5 - É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro</i> " quando você pensa que é necessário?	4	3	2	1	9
C6 - Quando o " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4	3	2	1	9

D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

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

D9 - O (a) <i>"médico/enfermeiro"</i> sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4	3	2	1	9
D10 - Você mudaria do <i>"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"</i> para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9
D11 – Você acha que o (a) <i>"médico/enfermeiro"</i> conhece a sua família bastante bem?	4	3	2	1	9
D12 — O/a <i>"médico/enfermeiro"</i> sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4	3	2	1	9
D13 — O/a <i>"médico/enfermeiro"</i> sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4	3	2	1	9
D14 — O <i>"médico/enfermeiro"</i> saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4	3	2	1	9

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

Sim

Não (**Passe para a questão F1**)

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

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão resposta

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

F - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

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

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

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

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA SEMSA



Manaus, 09 de fevereiro de 2015

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **“Avaliação dos Atributos da Atenção Primária na Assistência à Saúde da Criança, Manaus, Brasil”** de responsabilidade da pesquisadora Sineide Santos de Souza foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento busca orientar-se com o item III. 1, da Res. CNS n.º 466/12, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no CONEP.

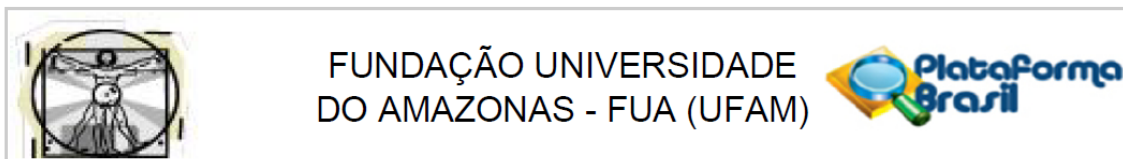

Nora Ney Soares de Almeida Rodrigues

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa

COEP/SEMSA

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gerência de Educação em Saúde
Av. Márcio Yaraúga Monteiro, 1185 - Aldeia D'África
CEP: 69057-002 Manaus - Amazonas

ANEXO C – PARACER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos Atributos da Atenção Primária na Assistência à Saúde da Criança, Manaus, Brasil

Pesquisador: Sineide Santos de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46491515.6.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.189.307

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Introdução: Este estudo pretende avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque em seus atributos essenciais na saúde da criança na

Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como caracterizar o perfil socioeconômico das crianças usuárias no Distrito Sanitário de Saúde (DISA)

Norte de Manaus e responder à seguinte pergunta: os atributos essenciais da APS estão presentes e são efetivos na ESF na atenção à saúde da

criança de zero a dois anos de idade no DISA Norte do município de Manaus? Objetivo: Avaliar os atributos essenciais da APS na assistência à

saúde da criança ofertada pelas equipes da ESF no DISA Norte de Manaus. Referencial teórico: A dissertação será construída ao longo da

pesquisa, consideramos necessário, inicialmente explorarmos os conceitos de APS e sua operacionalização no Brasil e Manaus. Em seguida,

fazeremos um resgate histórico sobre as políticas de saúde da criança no Brasil, as conquistas alcançadas e os desafios atuais. Depois,

trabalharemos os conceitos de avaliação e incluiremos a descrição das pesquisas sobre o instrumento que utilizaremos para a coleta de dados e

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

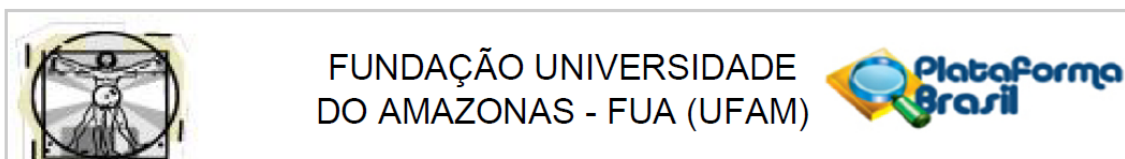
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

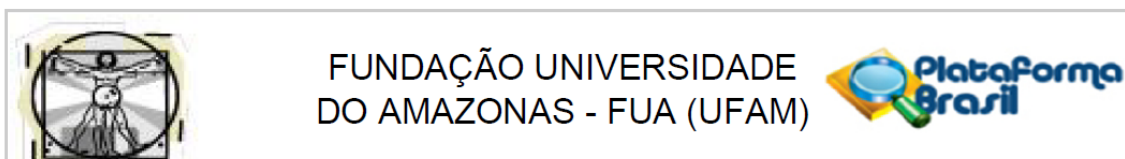
E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.189.307

avaliação dos atributos da APS. Metodologia: Estudo avaliativo com abordagem quantitativa. A coleta de dados envolverá entrevista a mães ou cuidadores de crianças residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes da ESF, na qual serão utilizados um questionário com perguntas sobre as condições socioeconômicas da família da criança e para medir a presença e extensão dos atributos essenciais da APS e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde utilizaremos o PCATool-Brasil versão Criança. Participarão da pesquisa as mães ou cuidadores que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Análise: Os dados serão digitados em sistema de dupla entrada. A máscara do questionário, digitação e análise será elaborada no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0. Os escores serão avaliados separadamente por atributo e serão calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo, conforme recomendações do Manual do PCATool-Brasil. Realizaremos procedimentos para avaliar a confiabilidade do instrumento em nossa população, como avaliação da consistência interna. Após a construção dos atributos, utilizaremos critérios para verificar a existência das suposições da escala de Likert. Faremos a identificação das variáveis que possam estar relacionadas à melhor avaliação dos cuidados ofertados pelos serviços. Para comparar as médias de cada atributo, utilizaremos o teste "t" de Student e para análise de proporções utilizaremos o teste do qui-quadrado de Pearson. O nível de significância será assumido $p < 0,05$, buscaremos associação entre maior escore essencial da APS e características socioeconômicas e de utilização dos serviços de saúde. Testaremos a possibilidade de realizar uma análise multivariada dos fatores que possam convergir para a compreensão de fatores ligados à utilização dos serviços de saúde, inclusive as características socioeconômicas da população de estudo. Portanto, modelaremos a regressão de Poisson e estimaremos a razão de prevalências de utilização dos serviços conforme cada fator associado, com intervalo de confiança de 95%. Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Criança, Avaliação em Saúde, Estratégia Saúde da Família.

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.189.307

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os atributos essenciais da atenção primária à saúde, na assistência à saúde da criança ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no DISA Norte de Manaus.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil socioeconômico das crianças usuárias dos serviços da ESF no DISA Norte de Manaus; Identificar a presença e extensão dos atributos essenciais da APS na atenção à saúde da criança de 0 a 2 anos cadastradas na ESF do DISA Norte de Manaus utilizando o PCAToolBrasil versão Criança; Descrever e caracterizar a atenção à saúde da criança, de acordo com o PCATool-Brasil versão criança, no DISA Norte de Manaus; Identificar os fatores associados aos escores da APS, conforme os atributos da APS por meio do PCATool-Brasil versão Criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, no caso deste estudo, por se tratar de aplicação de questionário, acreditamos ser mínimos.

Nesse sentido, buscaremos aplicar o questionário de forma clara e objetiva, evitando sentimentos de constrangimento, desconforto ou exaustão, e utilizaremos atitudes como pausa imediata da entrevista e, se necessário, encaminhamento para atendimento médico e/ou apoio emocional e psicológico, sem ônus ao entrevistado.

Benefícios:

Pretendemos com o resultado desta pesquisa, contribuir para a compreensão e reflexão sobre a real situação da saúde da criança na faixa etária com maiores riscos de morbimortalidade e favorecer o aperfeiçoamento de competências técnicas e assistenciais da equipe de saúde que atua na ESF, além de subsidiar a tomada de decisão relacionada à saúde da criança por gestores na cidade de Manaus. A presente proposta vai ao encontro das prioridades da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde (2008), quando esta aponta a necessidade de estudos sobre avaliação do sistema de saúde, sob a ótica do usuário. O resultado do estudo pode apontar para uma

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.189.307

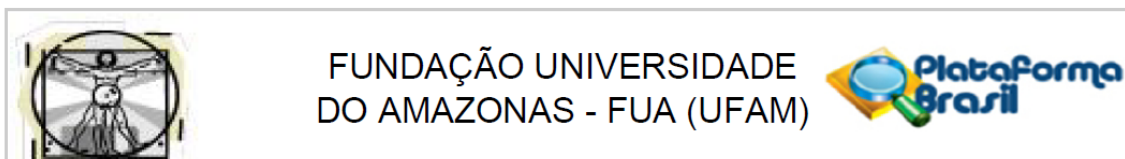
transformação na assistência à criança manauara a curto e médio prazo. A principal justificativa dessa transformação pauta-se no conhecimento da realidade para o fortalecimento de ações e fornecer subsídios para a tomada de decisão. Consideramos que o resultado do estudo oportunizará reflexões importantes na organização, planejamento e melhoria dos serviços de saúde, uma vez que retratará as reais necessidades da população infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Esta é uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, na qual utilizaremos o cenário do DISA Norte da cidade de Manaus, a partir das equipes da Estratégia Saúde da Família. O estudo será realizado com mães ou cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, usuárias da ESF no DISA Norte do município de Manaus, capital do Estado do Amazonas. A população do estudo será constituída por mães ou cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, residentes no DISA Norte e cadastradas nas equipes da ESF com dois ou mais atendimentos na ESF no último ano, em sua área de abrangência da área urbana de Manaus. A seleção das mães ou cuidadores das crianças para a amostra será fundamentada na técnica de amostragem aleatória simples sem reposição, conforme o resultado da partilha proporcional. Em cada equipe, acessaremos o cadastro e sortearmos a quantidade de crianças determinadas para a respectiva equipe. O cálculo amostral foi realizado após o conhecimento do tamanho total da população estudada, a partir da quantidade de pessoas cadastradas e a estimativa populacional de residentes na área de abrangência de cada Unidade Saúde da Família. Buscamos uma amostra estatisticamente representativa, admitindo erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. O processo do cálculo amostral foi determinado com base na atitude conservadora (BOLFARINE e BUSSAB, 2005). Para a coleta das características socioeconômicas da família da criança e tempo de utilização do serviço da ESF, utilizaremos um questionário

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cep@ufam.edu.br



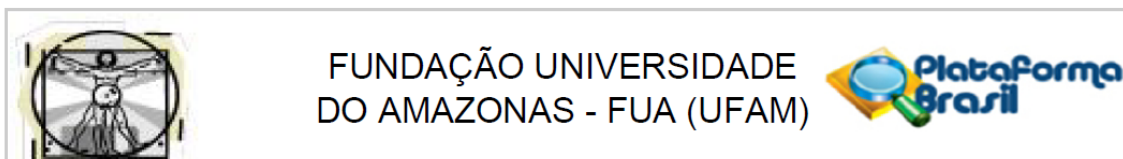
Continuação do Parecer: 1.189.307

estruturado elaborado especificamente para este fim. Para medir a presença e extensão dos atributos essenciais da APS na ESF, e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde utilizaremos o PCATool-Brasil versão Criança. O instrumento possui perguntas estruturadas e compreensíveis. Os escores podem ser avaliados separadamente por atributo, o escore dos atributos essenciais, dos derivados e escore geral da APS (BRASIL, 2010). No presente estudo trabalharemos a versão relacionada à criança já validada no Brasil, nos blocos de perguntas que correspondem aos atributos essenciais da APS. O instrumento validado é composto por 55 itens divididos em 7 atributos, dos quais utilizaremos somente os itens relacionados aos atributos essenciais da APS, ou seja, 48 itens em 4 atributos, destes os atributos acesso, integralidade e coordenação possuem subdimensões. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes serão calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Para tal, obedeceremos as recomendações do Manual do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010).

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão digitados em sistema de dupla entrada. A máscara do questionário, digitação e análise será elaborada no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0. As respostas do instrumento são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei / não lembro” (valor = 9) (BRASIL, 2010). Os escores para as respostas “9” (“não sei / não lembro”) não serão calculados quando a soma para o entrevistado atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”). Quando a soma das respostas “9” (“não sei / não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” será transformado para “2” (“provavelmente não”), para pontuar negativamente as características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado. O Escore Essencial da APS será medido pela soma do escore médio dos componentes essenciais (mais Grau de Afiliação), dividido pelo número de componentes. Na impossibilidade de calcular

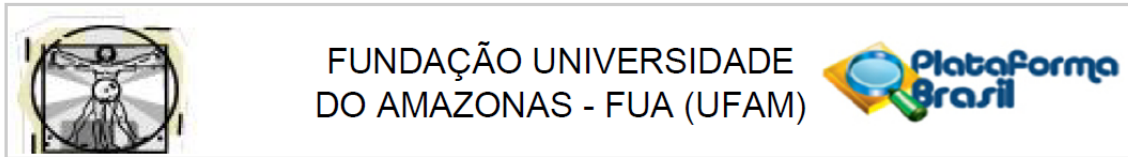
Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.189.307

o escore em 4 ou mais componentes essenciais para cada entrevistado, o Escore Essencial da APS não será calculado para este entrevistado. Na impossibilidade de calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, será calculado a média dos componentes restantes para o Escore Essencial da APS. A média aritmética dos escores obtidos em cada bloco representa o índice composto de cada dimensão de atenção básica. Neste estudo serão calculados os índices compostos para cada dimensão. Análise de confiabilidade Como se trata de uma escala ainda não aplicada na população manauara, optamos por realizar procedimentos para avaliar a confiabilidade da escala em nossa população. Para definir precisão, estabilidade no tempo, 10% das entrevistas serão repetidas em um intervalo médio de 24 dias (DP = 8,8 dias) após a 1ª entrevista (testere teste). Calcularemos os escores de cada atributo obtido nos dois momentos distintos e os compararemos por meio do teste de Wilcoxon, utilizado por ser o método estatístico preferencial para comparar a magnitude das diferenças de uma variável quantitativa entre dois grupos pareados, e da correlação intraclasse, que permite avaliar também a confiabilidade interentrevistadores. Para avaliação da consistência interna, cada atributo deverá apresentar de Cronbach > 0,70. Após a construção dos atributos, cinco critérios serão utilizados para verificar a existência das suposições da escala de Likert: validade item-convergente, através da correlação item-total > 0,30; validade item-discriminante, através da "Razão de Êxito da Escala", isto é, a correlação de cada item com sua dimensão original deverá ser maior que a correlação deste item com as dimensões secundárias; correlação intraclasse de cada dimensão; intervalo das correlações dos itens de cada dimensão; e confiabilidade dos escores (de Cronbach). Identificaremos as variáveis que poderão estar relacionadas à melhor avaliação dos cuidados concebidos pelos serviços. Nesse momento, o grupo será dicotomizado em relação ao escore atribuído ao serviço. Para comparar as médias de cada atributo, utilizaremos o teste "t" de Student e para análise de proporções o teste do qui-quadrado de Pearson. O nível de significância será assumido p0,05, buscaremos associação entre maior escore essencial da APS e características socioeconômicas e de utilização dos serviços de saúde. Testaremos a possibilidade de realizar uma

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.189.307

análise multivariada dos fatores que possam convergir para a compreensão de fatores ligados à utilização dos serviços de saúde, inclusive as características socioeconômicas. Modelaremos a regressão de Poisson e estimaremos a razão de regressão de Poisson e estimaremos a razão de prevalências de utilização dos serviços conforme cada fator associado, com intervalo de confiança de 95%

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto – ADEQUADA:
2. Termo de Anuência - ADEQUADO: não foi anexado à Plataforma Brasil
3. TCLE – ADEQUADO- foi anexado à Plataforma Brasil, de acordo com as exigências da Resolução N° 466/12 e modelo da UFAM
4. Instrumentos da pesquisa - ADEQUADO: consta no projeto anexado a Plataforma Brasil
5. Riscos e Benefícios - ADEQUADOS
- Currículo Lattes: anexado na Plataforma Brasil
- 6- Cronograma - ADEQUADO: detalhou cada etapa e respectivo período de desenvolvimento do estudo, informando quando pretende iniciar a pesquisa e quando irá terminar. Coleta de dados 03/08/2015 a 30/10/2015.
- 7-Metodologia- ADEQUADA-
- 8- Orçamento – ADEQUADO:
- 9- Critérios de Inclusão e Exclusão: ADEQUADOS

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atendeu totalmente o que preconiza a resolução 466/2012, sendo o parecer pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.189.307

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto PPGSSEA.docx	11/06/2015 14:28:05		Aceito
Outros	Termo de Anuência SEMSA.pdf	11/06/2015 14:30:25		Aceito
Folha de Rosto	HP0001.pdf	11/06/2015 14:26:53		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_526154.pdf	11/06/2015 14:38:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/07/2015 18:54:46		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_526154.pdf	06/07/2015 18:56:02		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br

APÊNDICE A – Questionário – Características Socioeconômicas

Identificação:

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Parentesco com a criança: _____

ESF de referência: _____

Há quanto tempo a criança utiliza os serviços da ESF? _____

As perguntas desse questionário estão relacionadas à criança

(Nome da Criança)

01. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade? _____ anos

02. Qual o sexo da criança? () Masculino () Feminino

03. Quantos irmãos/irmãs a criança tem? _____ irmãos/irmãs

04. Qual o intervalo de tempo entre o último parto e o parto da criança?

() < 2 anos () > 2 anos

05. Qual a idade dos irmãos/irmãs da criança? _____

06. A criança mora com todos os irmãos? () Sim () Não

06.1. Se NÃO, com quantos irmãos a criança mora? _____

07. A criança mora com: O pai? () Sim () Não A mãe? () Sim () Não O pai e a mãe? () Sim () Não

07.1. Se NÃO, com quem a criança mora? _____

08. Quem é o principal cuidador da criança? (Explicar o que é cuidar) _____

09. A criança fica em: Casa? () Sim () Não Outra casa? () Sim () Não

Creche? () Sim () Não Outra: _____

10. Qual é a idade: do pai da criança? _____ anos, da mãe da criança? _____ anos e/ou do cuidador da criança? _____ anos

11. Qual a profissão: do pai da criança? _____, da mãe da criança? _____

12. Até que série estudaram no colégio?

Pai _____ anos de estudo completos

Mãe _____ anos de estudo completos

Cuidador _____ anos de estudos completos

13. Sua moradia é do tipo:

() Tijolo () Madeira

() Tijolo/Madeira () Papelão/Lata

() Outros _____

14. Sua moradia é:

() Própria () Cedida () Alugada () Outros _____

15. Quantos cômodos a casa possui? _____

16. Quantas pessoas moram na casa? _____ número de pessoas

17. Quem mora na casa? (parentesco com a criança)?

Pai () Mãe () Irmãos () Avós () Outros _____

18. Tem água encanada? () Sim () Não

18.1. Se NÃO, qual a origem da água?

() Poço artesiano () Poço raso/cacimba

() Rio, igarapé ou lago () Outro: _____

19. Tem banheiro dentro de casa? () Sim () Não

20. Seu domicílio possui luz elétrica? () Sim () Não

21. Onde o(a) sr.(a) mora o lixo é coletado todos os dias pelo serviço de limpeza pública?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária na Assistência à Saúde da Criança, Manaus, Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Sineide Santos de Souza, a qual pretende avaliar se os atributos essenciais da atenção primária à saúde da criança estão presentes nos serviços oferecidos pelas equipes da ESF na Zona Norte de Manaus. Com esta pesquisa, queremos saber se o acesso, a continuidade, integralidade e coordenação da atenção na saúde da criança na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem sido efetivos.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de resposta a dois questionários: um sobre as suas condições socioeconômicas e outro para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde. A entrevista será feita na sua casa ou no seu serviço de saúde e contamos com cerca de "30 minutos" da sua atenção.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, porém podem ocorrer sentimentos de constrangimento, desconforto ou exaustão. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências como pausa imediata da entrevista e, se necessário, encaminhamento para atendimento médico e ou apoio emocional e psicológico, sem ônus ao senhor (a). Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento e reflexão sobre a real situação da saúde da criança na faixa etária com maiores riscos de morbimortalidade na Zona Norte de Manaus, o que contribuirá para o aperfeiçoamento de competências técnicas e assistenciais da equipe de saúde que atua na ESF, assim como para subsidiar a tomada de decisão dos gestores.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Terezina, 495 – Adrianópolis, Manaus-AM ou pelo telefone (92) 33051181/Ramal 2003, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181/Ramal 2004.

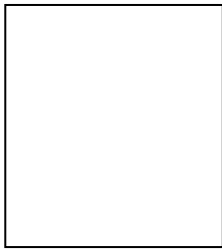
Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada

e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ___/___/___



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Assinatura do Pesquisador Responsável