



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

João Paulo Assunção Borges

Avaliação da Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família: Uma
Abordagem dos Indicadores de Qualidade na Percepção dos Enfermeiros

Uberaba – MG

2019

João Paulo Assunção Borges

Avaliação da Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família: Uma
Abordagem dos Indicadores de Qualidade na Percepção dos Enfermeiros

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu – Doutorado em Atenção à Saúde, da
Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito
parcial para obtenção do título de Doutor em Atenção à
Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Uberaba – MG

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(*Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil*)

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

B732a Borges, João Paulo Assunção
Avaliação da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família: uma abordagem dos indicadores de qualidade na percepção dos enfermeiros / João Paulo Assunção Borges. -- 2019. 124 f. il. : fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Indicadores de serviços. 4. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.95

JOÃO PAULO ASSUNÇÃO BORGES

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: UMA ABORDAGEM DOS INDICADORES DE QUALIDADE NA
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo Temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde

Uberaba, 21 de Fevereiro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Assis Simões - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Membro titular

Prof^a. Dr^a. Flávia Aparecida Dias Marmo
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Membro titular

Prof^a. Dr^a. Carla Denari Giuliani
Universidade Federal de Uberlândia - Membro titular

Prof^a. Dr^a. Tatiany Calegari
Universidade Federal de Uberlândia - Membro titular

Dedico esta pesquisa a todos os enfermeiros e demais profissionais da Atenção Primária.

E também a todas as crianças e suas famílias que fazem uso da Estratégia Saúde da Família.

AGRADECIMENTOS

Dizer apenas obrigado não é suficiente para expressar e retribuir o apoio, o incentivo, a motivação e os esforços para conseguir desenvolver esta pesquisa e concluir o Doutorado em Atenção à Saúde. Certo de que este momento é, também, a concretização de um sonho, agradeço:

Primeiramente a Deus, que me abençoou e guiou meus passos até aqui, me amparando nas dificuldades.

À Pós-graduação em Atenção à Saúde da UFTM, que por meio dos seus docentes e demais profissionais, me proporcionaram grande crescimento intelectual.

À Prefeitura de Araguari, à Secretaria de Saúde e Coordenação do Departamento de Atenção Primária à Saúde do município, por autorizar a realização deste estudo e proporcionar meios da sua operacionalização.

À Banca do Exame de Qualificação, em especial à Professora Doutora Flávia Aparecida Dias Marmo e ao Professor Doutor Vanderlei José Haas pela contribuição na revisão e recomendações no Projeto de Pesquisa.

Aos meus colegas Larissa Peres, Luana Thomazetto Rossato e Hugo César Palhares Ferreira, que contribuíram em determinadas etapas da elaboração desta Tese. Obrigado pelos ensinamentos!

Aos meus familiares, que muitas vezes distantes compartilharam meu progresso e torceram comigo por este momento.

Aos meus amigos e colegas da pós-graduação, pelo convívio e compartilhamento de dos seus conhecimentos.

Aos enfermeiros que, mesmo diante das dificuldades e desafios do cotidiano profissional, participaram voluntariamente desta pesquisa.

Por último, e por este motivo mais importante: à minha orientadora Professora Ana Lúcia de Assis Simões. Foi uma grande honra ter sido seu aluno ao longo destes últimos 4 anos. Minha gratidão pela oportunidade de ter sido seu orientando. Foram momentos incertos, grandes dificuldades, mas o sonho continuou. E agora estamos aqui, com a certeza de que fizemos o que devíamos ter feito. E o que ficou foi seu exemplo, enquanto Enfermeira, Docente, Reitora. Sua grande competência, sua dedicação e seu compromisso com a docência e com a gestão. Ficam a admiração, o respeito e uma imensa gratidão.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço especialmente e atribuo todo o mérito aos meus pais, José Eterno Borges e Creuza Aparecida de Assunção Borges, por acreditarem e sonharem comigo.

E ao meu amigo e companheiro, de todas as horas, Lúcio Wilson da Silva.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se como eixo central e estruturante dos sistemas de saúde, com papel de coordenação da Rede de Atenção à Saúde. A APS representa o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e as atividades desenvolvidas são norteadas pelos princípios do acesso universal, integralidade do cuidado, acessibilidade e humanização. A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a principal estratégia para expansão e consolidação da APS ao implementar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Avaliar o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF permite a produção de conhecimento sobre sua efetividade e qualidade. **Objetivos:** Avaliar a atenção à saúde da criança na ESF de um município do interior de Minas Gerais. Especificamente: avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS no que se refere à atenção integral à saúde da criança; identificar e descrever os indicadores de qualidade específicos das crianças menores de dois anos na ESF, de acordo com a percepção dos enfermeiros; avaliar a percepção dos enfermeiros sobre os indicadores de qualidade; verificar conformidades e não-conformidades dos indicadores de qualidade identificados com as recomendações do **Ministério da Saúde**. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, fundamentado em avaliação em saúde, com abordagem metodológica qualitativa e quantitativa. As técnicas de coleta dos dados quantitativos foram entrevistas com 18 enfermeiros da ESF de um município mineiro, por meio da aplicação de um **questionário** sociodemográfico e profissional, elaborado pelos pesquisadores e um instrumento validado denominado Primary Care Assessment Tool, versão profissionais. Os dados qualitativos foram coletados por meio do método do Grupo Focal (GF) e analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** Grande parte dos atributos da APS apresentou escores considerados satisfatórios, sendo eles a Longitudinalidade, Coordenação - Integração de Cuidados, Coordenação - Sistemas de Informação, Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados. Os itens Acessibilidade, Orientação Familiar e Orientação Comunitária receberam escores menores que 6,6, sendo considerados insatisfatórios. Os escores Geral (6,53) e Essencial (6,69) alcançaram valores insatisfatório e satisfatório, respectivamente. **Conclusões:** Na percepção dos enfermeiros a ESF no município é fonte regular de atenção e fornecedora de

práticas de saúde pautadas na maioria dos atributos da APS. Os atributos que não foram considerados presentes ou com baixa qualidade indicam fragilidades nos serviços da APS. A perspectiva dos enfermeiros da ESF também permitiu inferir que indicadores de atenção à saúde podem ter diversos significados. Na ESF, a consulta médica de Puericultura como principal atividade realizada no atendimento à criança menor de dois anos. A pesquisa qualitativa também possibilitou apreender que não há consenso ou padronização do emprego de indicadores na atenção à saúde da criança e que ainda existem dificuldades na adoção de indicadores durante a prática profissional do enfermeiro.

Descritores: atenção primária; indicadores de serviços; indicadores de qualidade em assistência à saúde; saúde da criança.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) stands out as the central and structuring axis of health systems, with a coordinating role for the Health Care Network. PHC represents the users' first contact with the health system and the activities developed are guided by the principles of universal access, integral care, accessibility and humanization. The Family Health Strategy (FHS) represents the main strategy for the expansion and consolidation of PHC in implementing the principles and guidelines of the Unified Health System. Assessing the PHC orientation of each health service or FHS team allows production knowledge of its effectiveness and quality. **Objectives:** To evaluate the health care of the child in the FHS of a county in the interior of Minas Gerais. Specifically: to assess the presence and extent of essential attributes and derivatives of PHC in relation to comprehensive child health care; identify and describe the specific quality indicators of children under two years in the FHS, according to the nurses' perception; evaluate the nurses' perception of quality indicators; verify conformities and nonconformities of the quality indicators identified with the recommendations of the Ministry of Health. **Results:** Most of the Primary Health Care attributes presented satisfactory scores, such as Longitudinality, Coordination - Care Integration, Coordination - Information Systems, Integrality - Available Services and Integrality - Services Provided. Accessibility, Family Guidance and Comorbidity Guideline received scores lower than 6.6 and were considered unsatisfactory. The General (6.53) and Essential scores (6.69) reached insatiable and satisfactory values, respectively. **Conclusions:** In the nurses' perception, the FHS in the county is a regular source of attention and provider of health practices based on the majority of PHC attributes. Attributes that were not considered present or of poor quality indicate weaknesses in PHC services. The FHS nurses' perspective also allowed us to infer that health care indicators can have different meanings. In the FHS, the medical consultation of Childcare as the main activity performed in the care of children under two years. Qualitative research also allowed us to understand that there is no consensus or standardization of the use of indicators in the health care of children and that there are still difficulties in adopting indicators during nurses' professional practice. **Keywords:** Primary Health Care; Indicators of Health Services; Quality Indicators, Health Care; Child Health.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1 – Macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.....	26
Figura 2 – Macrorregião Triângulo do Norte, MG.....	26
Figura 3 – Microrregião Uberlândia/Araguari, MG.....	27
Figura 4 – Atributos da APS distribuídos em componentes e seus sub-itens.....	34
Figura 5 – Representação gráfica da análise de dados qualitativa por meio do Discurso do Sujeito Coletivo.....	39

QUADROS

Quadro 1 – Classificação e exemplos de indicadores de qualidade.....	23
Quadro 2 – Funções desenvolvidas na aplicação do Grupo Focal.....	31
Quadro 3 – Discurso 1 do Sujeito Coletivo.....	78
Quadro 4 – Discurso 2 do Sujeito Coletivo.....	79
Quadro 5 – Discurso 3 do Sujeito Coletivo	79
Quadro 6 – Discurso 4 do Sujeito Coletivo	80
Quadro 07 – Principais indicadores de atenção à saúde da criança identificados na literatura.....	90

LISTA DE TABELAS

TABELAS	
Tabela 1 – Tabela de apresentação dos artigos da amostra da RI.....	43
Tabela 2 – Frequência e porcentagem das categorias obtidas na amostra de artigos da RI.....	46
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros de ESF.....	53
Tabela 4 – Dados da atuação dos enfermeiros da ESF e opinião sobre os indicadores de saúde.....	57
Tabela 5 – Média dos escores dos atributos da APS obtidos pelos enfermeiros da ESF.....	60

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH – Expressões-chave

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GF – Grupo Focal

IC – Ideia Central

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

PCA – *Primary Care Assesment*

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS	17
2.2 CONTEXTO DA CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
2.3 O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
2.4 OS INDICADORES DE QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 GERAL	24
3.2 ESPECÍFICOS	24
4 MÉTODOS	25
4.1 DESENHO METODOLÓGICO	25
4.2 LOCAL E PARTICIPANTES	25
4.3 PLANEJAMENTO AMOSTRAL	28
4.4 ETAPAS	28
4.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS	29
4.5.1 Grupo Focal	29
4.5.2 Questionário	32
4.5.3 Primary Care Assesment Tool (PCATool) – versão profissionais	32
4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	35
4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	36
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	40
5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	41
5.1 INTRODUÇÃO E DELINEAMENTO DA REVISÃO INTEGRATIVA	41
5.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA	43
5.3 CONCLUSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL	53
6.2 ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF	56
6.3 AVALIAÇÃO DA ESF PELOS ENFERMEIROS	61
6.4 A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF SOBRE INDICADORES	78
6.5 INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS SIGNIFICADOS NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF	80
6.6 CONSULTA MÉDICA DE PUERICULTURA COMO PRINCIPAL ATIVIDADE	85
6.7 INDEFINIÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA	88
6.8 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS	93
7 CONCLUSÕES	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A	107
APÊNDICE B	109
APÊNDICE C	110
ANEXO 1	111

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária representa o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. As atividades desenvolvidas neste nível de atenção são norteadas pelos princípios do acesso universal, integralidade do cuidado, acessibilidade e humanização, conforme as necessidades de saúde da população atendida (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; GOULART, 2007).

A organização das ações na Atenção Primária à Saúde (APS), orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes da APS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária (GOULART, 2007).

A APS no Brasil é desenvolvida com base na descentralização e capilaridade, ou seja, ocorre no local mais próximo de onde vivem os indivíduos (BRASIL, 2012b). Nesse contexto, destaca-se a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, que define a organização de redes de atenção à saúde como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Ela estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011a). Foi revisada em 2017, com vistas à regulamentação de implantação e operacionalização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente AB, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

A ESF representa a principal estratégia para expansão e consolidação da APS ao implementar os princípios e as diretrizes do SUS. Constitui-se na principal porta de entrada, contato preferencial do usuário e centro de comunicação com toda a RAS (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2011b; STARFIELD, 2002). As equipes Saúde da Família (eSF), compostas por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e ACS desenvolvem diversas atividades e ações de saúde em todos os ciclos da vida (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2001).

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem um papel fundamental para os profissionais que atuam na ESF,

considerando a atual dimensão e complexidade das políticas públicas e a necessidade de fortalecimento dos eixos temáticos para o cuidado da criança, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção. Para o monitoramento das ações de atenção à saúde da criança é importante acompanhar os indicadores de saúde relacionados à cobertura e à qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde (BRASIL, 2015).

A qualidade dos serviços ofertados tem sido uma preocupação importante na área da gestão em saúde, em decorrência da necessidade de oferecer atenção integral, livre de riscos para os usuários, bem como promover a melhoria da utilização dos recursos de saúde (CASTRO et al., 2012). Os indicadores de qualidade podem ser empregados para planejar e estabelecer as ações assistenciais, de gestão e educação profissional continuada, analisar o desempenho e a qualidade da assistência, melhorar as atividades e adequar as não conformidades, permitindo o alinhamento das atividades com as metas da organização (FELDMAN; CUNHA; D'INNOCENZO, 2013; BRASIL, 2012a; NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008; TEIXEIRA; CAMARGO; TRONCHIN, 2006).

Os indicadores de qualidade verificam a eficiência, a efetividade e a qualidade dos processos, os custos e resultados dos serviços. O processo de verificação da qualidade fornece informações às equipes gestoras dos diferentes processos sobre atividades que contribuem para um determinado resultado, tornando-se uma ferramenta valiosa no gerenciamento de unidades da ESF (ANATOLE et al., 2013; LIMA; KURCGANT, 2009).

Neste contexto, o enfermeiro figura como profissional gestor das unidades e do cuidado ao desenvolver ações diversificadas, tais como atividades assistenciais individuais e coletivas, educação em saúde da comunidade, capacitação e educação permanente de profissionais de Enfermagem, gestão de unidades, serviços e programas de saúde, planejamento e implementação de ações e políticas de saúde, assessoria, consultoria e auditoria, além de atividades de pesquisa e produção científica (ANTUNES; FELLI, 2011).

Outros autores definem, ainda, a atuação do enfermeiro as atividades de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação à saúde e trabalho em equipe. O monitoramento de indicadores representa um processo dinâmico que requer do

enfermeiro a avaliação constante e sistemática dos processos de trabalho (GABRIEL et al., 2011; VIEIRA; KURCGANT, 2010; NASCIMENTO et al., 2008).

Diante do atual cenário da ESF no Brasil, que apresentou desenvolvimento importante nos últimos 20 anos, são necessários novos instrumentos e estratégias para garantir boa qualidade de assistência. Para isso, é preciso adequar a oferta de ações e serviços à demanda da população, construir e equipar unidades com estrutura adequada, que possibilitem o acesso universal da população aos serviços. Além disso, deve-se buscar o aprimoramento dos processos de assistência e de avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, configurando os indicadores como instrumentos válidos e capazes de traduzir a realidade das unidades de ESF (CASTRO et al., 2012).

A partir destas considerações, surgiu o seguinte questionamento: A ESF proporciona atenção integral à saúde das crianças com idade entre 0 e 2 anos? É possível utilizar, de forma sistemática, indicadores de qualidade em um programa de gestão de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)? Tem-se como premissa que a elaboração e implementação de um instrumento de gestão, norteado por indicadores de qualidade, poderá contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada na Puericultura. A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de se adotar instrumentos e estratégias gerenciais que visem garantir resultados positivos e qualidade da assistência. Acrescenta-se, ainda, a escassez de estudos internacionais e, principalmente, nacionais referentes a esta temática.

Assim, objetivou-se avaliar a atenção à saúde da criança na ESF em um município do interior de Minas Gerais (MG). Especificamente, avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS no que se refere à atenção integral à saúde da criança; **identificar** e descrever os indicadores de qualidade específicos das crianças menores de **dois** anos na ESF, avaliar a percepção do enfermeiro sobre os indicadores de qualidade, apontando os principais aspectos da atuação no gerenciamento das UBSF; **verificar** a conformidade e não-conformidade dos indicadores de qualidade identificados com as recomendações do Ministério da Saúde (MS).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS

No Brasil, a APS é denominada como Atenção Básica à Saúde, sendo caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2011b). Starfield (2002) define APS como “Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionada apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros”.

O termo APS se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no local em que vivem essas populações (STARFIELD, 2002).

A APS representa o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, sendo considerada uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar o modelo de atenção. Em muitos países, como no Brasil, englobam-se as atividades de saúde pública referindo-se a espaços nos quais ocorre o primeiro contato dos indivíduos com o sistema, existindo a capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde (LAVRAS, 2011).

A APS oferece acesso direto, ou seja, busca dos serviços pelo próprio indivíduo; é contínuo ao longo do tempo e direcionado para a prevenção, cura, reabilitação, promoção, manutenção e melhora da saúde. A APS é sensível às necessidades sociais de saúde em mudança na comunidade. Neste espaço de atenção é atendida uma variedade mais ampla de problemas, tanto individuais como coletivos, usualmente em unidades comunitárias como consultórios, unidades de saúde, escolas e residências (STARFIELD, 2002; STARFIELD, 1994).

A definição de Starfield (2002) é congruente com as definições do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América (EUA) que igualmente tem como referência um conjunto de atribuições. As definições do *Institute of Medicine* estão subjacentes ao *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), desenvolvido pela *John Hopkins School of Public Health, Primary Care Policy Center for Underserved People* para avaliar a extensão e a qualidade da APS (SHI; STARFIELD; XU, 2001). Em 1978, o *Institute of Medicine* definiu a atenção primária como “cuidado acessível, abrangente, coordenado e contínuo, prestado por profissionais responsáveis por serviços de saúde de caráter pessoal”. Essa definição contrasta com a da Declaração de Alma-Ata que inclui ações de saúde pública, e de acordo com o *Institute of Medicine* é mais apropriada para países que têm maiores necessidades básicas (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA; SÁ, 2004; SHI; STARFIELD; XU, 2001).

Considerando o desenvolvimento de sistemas integrados de prestação de serviços de saúde e tendências futuras, o *Institute of Medicine* apresentou uma nova definição em 1996: “atenção primária é a provisão de serviços de saúde integrados e acessíveis por clínicos que são responsáveis pelo atendimento da grande maioria das necessidades pessoais de serviços de saúde, desenvolvendo uma parceria sustentável com pacientes e atuando no contexto da família e da comunidade” (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA; SÁ, 2004; SHI; STARFIELD; XU, 2001).

Starfield (2002) conceitua a APS por meio de quatro atributos essenciais, sejam eles: (1) o acesso de primeiro contato, que é a "acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema" para o qual as pessoas procuram cuidados de saúde; (2) a longitudinalidade, que "pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo"; (3) a integralidade, que implica "fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde" implicando que os serviços de APS devem ser capazes de propiciar todos os tipos de serviços de saúde, incluindo encaminhamentos a serviços secundários para consultas, serviços terciários para situações específicas, e serviços essenciais de apoio tais como atendimento domiciliar e outros serviços comunitários; e a (4) coordenação, que é a "disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento" (HAUSER et al., 2013; CASTRO et al.,

2012; HARZHEIM et al., 2010; HAGGERTY et al., 2007; HARZHEIM et al., 2006; STARFIELD, 2002; STARFIELD, 1992).

Ainda neste sentido, Starfield (2002) define três atributos derivados: a (1) orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a (2) orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e a (3) competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com "características culturais especiais".

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática clínica. Assim, um serviço de AB dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados (HAUSER et al., 2013; HARZHEIM et al., 2010; HAGGERTY et al., 2007; HARZHEIM et al., 2006; STARFIELD, 2002; STARFIELD, 1992).

Essa definição pode guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. A identificação rigorosa dos atributos citados é importante para definir um serviço como realmente embasado em APS (HAGGERTY et al., 2007; HARZHEIM et al., 2006; CAMPBELL et al., 2000).

A partir da década de 90, observa-se aumento substancial de estudos evidenciando o impacto positivo de sistemas de saúde orientados pela APS na provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações. A discussão internacional e nacional sobre estratégias de APS foi intensificada nas últimas décadas, e medidas para fortalecê-la fazem parte da reorganização do cuidado em saúde nos diversos países europeus e latino-americanos. Atualmente percebe-se que as concepções da APS mostram que não há um padrão nacional e internacional, mas sim diversos modelos adaptados ao contexto social, econômico e político de cada país, uma tendência generalizada de incorporação de uma orientação gerencialista em diferentes contextos político-institucionais (FRACOLLI et al., 2014). Assim, diante do notável avanço da APS, torna-se relevante avaliar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde (HAUSER et al., 2013).

2.2 CONTEXTO DA CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Reforma Sanitária contemplada no texto Constitucional de 1988 foi regulamentada por meio das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. O SUS foi estabelecido e o MS iniciou intensa normatização dos serviços de APS de responsabilidade dos municípios por meio da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, incentivo da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), do PACS e da NOB 01/96 (BRASIL, 2011a; GOULART, 2007).

A estratégia de implementar ações e práticas de saúde no domicílio e no locus de inserção social dos indivíduos e coletividades foi fundamentada em experiências exitosas no Canadá, França e Cuba. A tendência mundial de desospitalização reduz custos, invertem a centralização do saber médico e o modelo clínico tradicional voltado para consulta médica (GOULART, 2007).

A NOB 01/96 trata-se de um documento político e pedagógico instituinte ao modelo anterior que predominava nas esferas executivas da prestação de saúde, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, extinto em 1993. Esta norma avançou nas diretrizes constitucionais de municipalização da gestão e do controle social da saúde pública. Estabeleceu como prioridade a organização de práticas voltadas para a atenção à família em seu espaço social como foco da atenção à saúde (GOULART, 2007).

A criação do PSF, em 1994, foi um reflexo de diversas políticas implementadas buscando garantir uma oferta mais eficiente e mais equitativa de saúde (ANDRADE et al., 2015). Em 2006, foi aprovada a primeira PNAB, que transformou o PSF em uma estratégia de abrangência nacional denominada a partir de então Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa política foi reeditada em 2011 em função da necessidade de se discutir, principalmente, a questão da qualidade na oferta de serviços de saúde (BRASIL, 2011b). Atualmente, a ESF está configurada como a principal iniciativa de atenção primária desenvolvida no âmbito do SUS, tendo papel relevante na prevenção e no acompanhamento das famílias (BRASIL, 2017).

A ESF, modelo adotado na APS brasileira, propõe a renovação da atenção à saúde segundo os princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação e continuidade, em um contexto de descentralização e controle social. Essa

estratégia visa à prevenção de doenças e à promoção da saúde, mediante atenção humanizada, com vínculo, acolhimento e responsabilização, focada nas diversas necessidades específicas das famílias, em determinado território. Essa estratégia foi adotada pelo MS para a reorientação e expansão da APS no Brasil e, conseqüentemente, fundamental para possibilitar a universalidade e equidade na atenção em saúde dentro do SUS (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015).

A ESF torna-se importante instrumento para as práticas de saúde comunitárias, preventivas e promotoras de comportamentos saudáveis. Ainda neste sentido, amplia o acesso aos serviços e a intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Salienta-se que a implementação do SUS e da ESF ampliaram o espaço de atuação do enfermeiro (GOULART, 2007; BRASIL, 2001). A ESF tem obtido mudanças incrementais e processos efetivos na organização da APS (ANTUNES; FELLI, 2011).

2.3 O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O enfermeiro desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, bem como atividades relacionadas ao processo gerencial, tais como planejamento, liderança, tomada de decisões, supervisão e educação continuada das equipes da ESF (ANTUNES; FELLI, 2011).

Os dogmas da racionalidade de recursos, eficiência e controle são descritos como Modelo Geral da Enfermagem por meio de documentos oficiais que orientam a organização da Enfermagem em Saúde Pública no Brasil. Tais documentos foram publicados a partir de 1977 pelo Setor de Enfermagem da Secretaria Nacional de Ações Básicas da Divisão Nacional de AB do MS e apontam como competências do enfermeiro (ANTUNES; FELLI, 2011):

- Implantar os programas de saúde preestabelecidos, identificando as necessidades materiais e de adequação de pessoal;
- Supervisionar e avaliar o resultado dos programas e o desempenho do pessoal de Enfermagem;
- Controlar equipamentos e recursos;
- Assistir à comunidade;

- Participar de pesquisas operacionais.

Neste sentido, verifica-se pouca autonomia e excessiva rigidez burocrática, com fortes características do modelo curativo e médico-centrado. Não há referências sobre o planejar da assistência de Enfermagem, avaliação das necessidades da população de forma integral, tampouco, dos resultados obtidos pelas equipes (ANTUNES; FELLI, 2011).

A partir da evolução e consolidação do SUS, a integralidade da atenção à saúde trouxe novos direcionamentos e atribuições ao Enfermeiro, sejam elas (ANTUNES; FELLI, 2011): integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações; integrar a demanda espontânea e a demanda programada, considerando-se a existência e o acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas, e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação dessas equipes; integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos; ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extrassetoriais dentro de seu território de atuação.

2.4 OS INDICADORES DE QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

O aumento da complexidade das ações e do cuidado de Enfermagem, associado aos avanços tecnológicos e à maior qualificação e especialização do profissional Enfermeiro direcionam para estratégias rigorosas de avaliação, monitoramento e controle dos serviços de saúde. Os indicadores de qualidade representam ferramentas sinalizadoras gerenciais e assistenciais, fornecendo elementos para orientação, planejamento e direcionamento das ações (BITTAR, 2001; MANT, 2001).

A história da Enfermagem evidencia que a preocupação com a mensuração do impacto das ações da Enfermagem iniciou-se com Florence Nightingale, apontando em seus manuscritos os resultados dos cuidados prestados aos seus clientes (ANTUNES; FELLI, 2011).

A qualidade em saúde é um conceito complexo, com diversas possibilidades de definição, sobretudo devido aos fatores humanos, físicos e emocionais envolvidos no processo de saúde-doença e os aspectos inerentes às relações de trabalho (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006; MANT, 2001; CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Neste estudo, será considerado para avaliação da qualidade da atenção à saúde da criança na ESF, o modelo conceitual que inclui os atributos da APS de acordo com Starfield (2002).

Os indicadores podem ser definidos como formas de representação quantificáveis das características de produtos e processos (BRASIL, 2012a; NASCIMENTO, 2008; KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006; MANT, 2001). A *Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO)* define indicadores clínicos como “medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados importantes ao paciente”. Os indicadores de qualidade, **definidos na Tríade de Donabedian (1980)**, podem ser de estrutura, do processo do cuidado e relacionados aos resultados esperados (Quadro 1) (KURCGANT; MELLEIRO; TRONCHIN, 2008; NASCIMENTO, 2008; MANT, 2001).

QUADRO 1 - Classificação e exemplos de indicadores de qualidade.

Classificação	Indicadores
ESTRUTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo e perfil dos motivos. • Índice de licenças médicas. • Índice de horas extras e perfil dos motivos. • Índice de resolutividade dos consertos/aquisição de materiais para assistência. • Índice de reuniões da equipe de enfermagem. • Índice de treinamento/capacitação da equipe.
PROCESSO	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de crianças com avaliação de crescimento atualizada. • Proporção de crianças com primeira consulta até primeira semana de vida. • Percentual de crianças com classificação de risco.
RESULTADOS (da assistência de enfermagem):	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de clientes com histórico de enfermagem, evolução e plano de cuidados atualizado. • Índice de satisfação dos clientes em relação a assistência. • Taxa de crianças com vacinação atualizada.

Fonte: adaptado de Brasil, 2015.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a atenção à saúde da criança na ESF de um município do interior de Minas Gerais.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS no que se refere à atenção integral à saúde da criança;
- b) Identificar e descrever os indicadores de qualidade específicos das crianças menores de dois anos na ESF, de acordo com a percepção dos enfermeiros;
- c) Avaliar a percepção dos enfermeiros sobre os indicadores de qualidade, apontando os principais aspectos da atuação no gerenciamento das UBSF;
- d) Verificar conformidades e não-conformidades dos indicadores de qualidade identificados com as recomendações do MS.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa trata-se de um Estudo de Caso, observacional, com corte transversal, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa e quantitativa dos dados. A pesquisa qualitativa é recomendada quando o tema do estudo envolve o universo da produção humana, suas representações e seus significados (GOMES, 2011). De acordo com Flick (2009), a abordagem qualitativa utiliza o texto como material empírico, tem interesse na perspectiva dos participantes, suas práticas diárias e seu conhecimento no que se refere à questão de estudo. A combinação quali-quantitativa permite a obtenção de maior profundidade das conclusões, ampliando as possibilidades de análise da pesquisa em diferentes contextos (MINAYO; GOMES, 2008; FLICK, 2009).

Segundo Yin (2005, p. 32), o Estudo de Caso “investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O Estudo de Caso qualitativo é utilizado nas áreas da saúde, psicologia, sociologia, administração entre outros, devido às características complexas dos fenômenos sociais (YIN, 2005). A operacionalização de um Estudo de Caso pode ser facilitada pela articulação com uma teoria sobre o tema investigado (YIN, 2005).

Um determinado Caso pode ter características comuns a outros, mas diferencia-se pelo interesse singular do pesquisador e por sua delimitação, sendo considerado suficiente a definição em que os limites estão claramente apontados. Um caso pode ser caracterizado como uma unidade, dentro de um sistema amplo, um indivíduo, uma instituição, um grupo, uma comunidade (YIN, 2005). Neste estudo, consideramos como caso a ESF no município de Araguari, MG.

4.2 LOCAL E PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com enfermeiros lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Araguari, que executam ações de saúde individuais e/ou coletivas com crianças de zero a dois anos cadastradas nas UBSF do município.

Araguari situa-se na mesorregião do Triângulo Mineiro, conta com população estimada de 116.691 habitantes. Integra a Macrorregião de Saúde Triângulo Norte e Microrregião de Uberlândia/Araguari juntamente com outros oito municípios, conforme ilustrado nas Figuras 1, 2 e 3 (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

Figura 1 – Macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.



Fonte: Adaptado de MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Figura 2 – Macrorregião Triângulo do Norte, MG.



Fonte: Adaptado de MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Figura 3 - Microrregião Uberlândia/Araguari, MG.



Fonte: Adaptado de MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

O Departamento de Atenção Primária da SMS de Araguari está estruturado em 13 UBSF (Bosque, Brasília I e II, Chancia, Goiás – Parte Alta, Gutierrez, Independência I e II, Maria Eugênia I e II, Miranda I e II, Novo Horizonte, Paraíso I e II, Portal de Fátima I e II, Santa Terezinha I, II e III, São Sebastião I e II), 22 eSF e três UBS tradicionais (Amorim, Goiás e Santa Helena) na área urbana. Conta ainda com uma Policlínica, ambulatório de especialidades de nível secundário, Unidade de Pronto Atendimento e Santa Casa de Misericórdia de nível terciário. A mortalidade infantil é de 7,93 óbitos por mil nascidos vivos (PREFEITURA DE ARAGUARI, 2018).

As eSF são compostas por enfermeiros, técnicos em Enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde. A APS conta ainda com uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que atua em parceria com sete eSF. O NASF é composto por médica Pediatra, educador físico, nutricionista, psicóloga e assistente social (PREFEITURA DE ARAGUARI, 2018).

Os participantes foram abordados pelos pesquisadores no seu ambiente de trabalho, após agendamento prévio de data e horário propícios, sem prejuízo no

exercício de suas atividades. Foram apresentados os objetivos da pesquisa, seus aspectos mais relevantes, seguidos da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A participação foi anônima e voluntária.

4.3 PLANEJAMENTO AMOSTRAL

Para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa foi concebido grupo de forma aleatória, por meio do recrutamento dos enfermeiros envolvidos na problemática estudada. A adesão e forma de participação de cada membro deram-se de forma voluntária, de acordo com o compromisso e envolvimento individual e coletivo com as questões do estudo. Nesta etapa houve a participação de nove enfermeiros **que aceitaram participar. Na etapa** quantitativa foi aplicado instrumento validado aos enfermeiros da ESF do município **que, de acordo com os critérios de inclusão, foram** representados por 18 profissionais em exercício.

4.4 ETAPAS

Esta pesquisa foi estruturada nas seguintes etapas: (1) Etapa exploratória, qualitativa, onde se procedeu à verificação, análise e compreensão da realidade atual vivenciada na ESF, por meio da aplicação do Grupo Focal (GF); (2) Etapa exploratória, quantitativa, com aplicação do questionário em entrevista semi-estruturada individual, para conhecer o perfil dos participantes da pesquisa por meio de dados sociodemográficos e profissionais; e (3) Etapa quantitativa, que compreendeu a aplicação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão profissionais (HAUSER et al., 2013), permitindo avaliar a qualidade da atenção à saúde das crianças menores de dois anos, considerando atributos essenciais e derivados da APS.

No processo de pesquisa bibliográfica foram consultadas as bases de dados científicos *Medline* (Literatura Internacional) e Literatura Latino Americana do Caribe (*Lilacs*), sendo selecionados os artigos publicados entre janeiro de 2008 e janeiro de 2018. O período de coleta e análise de dados estendeu-se de fevereiro a agosto de 2018. Os termos utilizados na pesquisa foram: Atenção primária; Indicadores de

Serviços; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Saúde da Criança. Optou-se por delimitar a análise dos artigos incluindo apenas estudos realizados nos últimos dez anos e que tratassem de indicadores de saúde e da APS. Esta revisão da literatura forneceu dados e informações para elaboração da tese.

4.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

A pesquisa foi conduzida por meio de técnica do GF, entrevistas semi-estruturadas individuais e aplicação de instrumento validado.

4.5.1 Grupo Focal

A *primeira etapa, exploratória*, qualitativa, iniciou-se com a formação de um GF para observação e verificação da realidade da ESF, dos problemas e dos atores envolvidos, suas percepções e expectativas, estabelecendo um primeiro levantamento ou diagnóstico da situação atual do processo de gestão das unidades no que se refere ao emprego de indicadores de qualidade específicos para crianças menores de dois anos. Os sujeitos que aceitaram participar assinaram o TCLE e formaram um GF, homogêneo, cujas sessões foram divididas em dois encontros com duração aproximada de 90 minutos cada. Também foram elencados os problemas prioritários e ações possíveis, considerando também as potencialidades que podem ser desenvolvidas entre os participantes da pesquisa.

O GF consiste em uma técnica de pesquisa que permite agrupar pessoas que fazem parte do público-alvo da investigação principal a partir do diálogo e interação entre os componentes do grupo. A interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico, ao permitir que os participantes da pesquisa expressem conceitos, reflexões, impressões, concepções, percepções e questionamentos acerca de um determinado tema (BORGES; SANTOS, 2005; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; KRUEGER, 1998).

Nesta pesquisa, adotou-se o GF para identificar e descrever os indicadores de qualidade da ESF referentes à atenção à saúde da criança de zero a dois anos, na percepção dos enfermeiros, assim como conhecer e apontar os principais aspectos da atuação do enfermeiro no gerenciamento das UBSF. Por tratar-se de

uma população de estudo pequena, optou-se por manter os mesmos integrantes e realizar mais de uma sessão, aprofundando o tema em cada uma. A literatura recomenda que a composição dos grupos varie de quatro a 12 participantes, limitado o suficiente para que todos possam se expressar e seja representativo de uma diversidade de opiniões (KRUEGER, 1998; MORGAN, 1998).

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2018, com nove (9) enfermeiros da ESF que aceitaram participar desta etapa. Cada sessão de GF contou com a participação do pesquisador, que coordenou as atividades, de um observador e dos participantes voluntários.

Escolheu-se uma sala privativa para a atividade, previamente agendada, garantindo assim a privacidade ao longo realização de cada sessão. Por tratar-se de uma sala ampla, foi possível organizar as cadeiras em círculo em torno de uma mesa, o que propiciou uma interação face-a-face dos participantes. Borges e Santos (2005) recomendam que seja utilizado um espaço acessível, bem localizado, silencioso, livre de interrupções e que permita agendamento prévio. A duração média dos encontros foi de uma hora e 30 minutos, conforme recomendação da literatura (BORGES; SANTOS, 2005).

Na primeira sessão do GF, após apresentação formal do pesquisador e da pesquisa, realizou-se uma dinâmica com objetivo de **introduzir e imergir** os participantes no tema. A dinâmica consistiu na apresentação de um painel simbolizando o mar e cada participante recebeu a figura de um barco. Na parte posterior de cada figura havia espaço disponível e suficiente para cada participante escrever o que significava para ele o uso de indicadores na atenção à saúde da criança. Sendo assim, a questão inicial e motivadora da discussão foi: “Para você, o que significa indicadores na atenção à saúde da criança?”. Além disso, cada um fixou seu barco no painel apresentando aos demais do GF o que havia registrado. Dessa forma, iniciou-se a discussão em grupo, a partir das expressões mais frequentes utilizadas pelos entrevistados. Nesta sessão, a segunda pergunta realizada na sequência foi: “Qual a principal atividade/ação direcionada às crianças menores de dois anos na sua unidade?”.

Na sessão seguinte, após a formalidade de recepção do grupo e apresentação do pesquisador e da continuação da pesquisa, foram destacados os principais pontos da sessão anterior. A partir daí, foi feito o seguinte

questionamento: “ Quais os indicadores voltados para a atenção à saúde da criança menor de dois anos, você utiliza?” Iniciada a discussão e após a fala de cada participante, foi feita a próxima questão norteadora: “Há dificuldades no uso de indicadores na sua prática? Comente”. Todos os depoimentos coletados foram gravados, em meio digital, e transcritos.

Segundo Trad (2009), um GF deve ser conduzido por meio de seis funções distribuídas em dois momentos distintos: durante o GF e após o GF (Quadro 2).

QUADRO 2 – Funções desenvolvidas na aplicação do GF.

Durante o Grupo Focal	Após o Grupo Focal
Mediador	Transcritor de gravação
Relator	Digitador
Observador	
Operador de Gravação	

Fonte: TRAD, 2009; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002.

O *mediador* é o participante responsável por iniciar, conduzir e concluir os debates. Também deve motivar e interagir com os integrantes do grupo a fim de nortear as discussões centradas nos objetivos da pesquisa, favorecendo a integração entre os diferentes participantes. No exercício desta função, o mediador deve: controlar o tempo do debate e da fala de cada membro, assegurar oportunidade de fala de todos os integrantes, respeitar as diversidades e abster-se de influências e opiniões próprias (TRAD, 2009; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

O *relator* anota as falas, atribui a cada uma delas o emissor, destaca alterações na tonalidade, gesticulações, expressões faciais e fatores motivadores (TRAD, 2009; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

O *observador* analisa e avalia o desenvolvimento do GF, bem como as interações entre os diferentes participantes. Também avalia a integração e compreensão dos participantes acerca da pesquisa e da técnica empregada (TRAD, 2009; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

O *operador* de gravação grava o GF, de acordo com equipamento disponível. O *transcritor* de gravação transcreve o conteúdo integral, sem interpretações ou

resumir as falas. O *digitador* transpõe os dados (manuscritos, sistematizados ou codificados) para um programa computadorizado, que permita armazenar e analisar os resultados (TRAD, 2009; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Nesta pesquisa, as funções de mediador, transcritor e digitador foram executados pelo doutorando e as funções de observador, relator e operador de gravação foram executadas por estagiário voluntário, previamente capacitado.

4.5.2 Questionário

As perguntas do Questionário (Apêndice B) permitiram caracterizar os profissionais entrevistados, por meio de questões sociodemográficas, relativas à formação acadêmica e à situação ocupacional (idade, sexo, tempo de experiência em ESF, tempo de coordenação da equipe). As questões específicas foram ordenadas em unidades significativas, correspondendo aos blocos ou categorias previamente obtidos no GF.

As principais características das perguntas foram em termos de conteúdo, forma e modalidades de priorização das respostas. No que se refere ao conteúdo foram formuladas perguntas de caracterização dos pesquisados e de avaliação dos indicadores. Com relação à formulação, haviam perguntas fechadas com escolha simples (“sim” ou “não”), perguntas fechadas de múltipla escolha e perguntas abertas (FLICK, 2009).

Salientam-se ainda os princípios de priorização e ponderação acerca de cada opção oferecida (muito importante, pouco importante ou indiferente) (FLICK, 2009). Este Questionário (Apêndice B) foi apresentado a três profissionais especialistas para avaliação da forma, conteúdo e compreensão das questões.

4.5.3 *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* – versão profissionais

Para a avaliação da APS, a literatura científica dispõe de alguns instrumentos, enfatizando a aferição da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Dentre os instrumentos, tem-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que foi criado nas versões *Child Consumer/Client Survey* e *Adult Consumer/Client Survey*, aplicáveis aos usuários para a avaliação da atenção à

saúde da criança e do adulto, respectivamente, e *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde, cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017).

O instrumento utilizado trata-se do *Primary Care Assesment Tool* (PCATool), versão profissionais (ANEXO 1) (HAUSER et al., 2013), importante ferramenta para avaliar a qualidade da APS (HARZHEIM et al., 2006; STARFIELD, 2002; CASSADY et al., 2000) e a atenção à saúde das crianças menores de dois anos considerando atributos essenciais e derivados da APS (HAGGERTY et al., 2007; STARFIELD; SHI, 2002; CASSADY et al., 2000). Foi considerada amostra intencional de 23 enfermeiros, que corresponde à população de enfermeiros da ESF no município em estudo, compondo uma amostra por conveniência. **Destes, 18 enfermeiros aceitaram participar da etapa.**

As versões originais do instrumento foram validadas nos Estados Unidos (SHI; STARFIELD; XU, 2001). No Brasil, o PCATool foi submetido a duas adaptações, bem como avaliação da validade e fidedignidade. Na adaptação realizada por Harzheim et al. (2006), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, foi mantido o formato original e avaliou-se a validade e fidedignidade das versões para usuários crianças e usuários adultos. Em outra adaptação, realizada por Almeida e Macinko (2006) em Petrópolis, Rio de Janeiro, foi validada também a versão profissionais de saúde.

Hauser et al. (2013) traduziram, adaptaram e avaliaram a validade e fidedignidade do PCATool, versão profissionais de saúde, evidenciando que o instrumento é válido e fidedigno para a mensuração da qualidade dos serviços de APS. Ao verificar a presença e extensão dos atributos da APS, considerados eixos estruturantes do processo de atenção, é possível avaliar a qualidade dos serviços, efetividade e eficiência de suas intervenções (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

O instrumento utilizado, na versão ampliada, é composto por 116 itens divididos em oito componentes (atributos da APS). A Figura 4, a seguir, representa a versão constituída por 77 itens, disponível no Manual do Instrumento, que sintetiza os atributos da APS e seus sub-itens. Produz escores para cada atributo (média das respostas de cada item) e também os Escores Essencial e Geral, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços de saúde. O Escore

Geral corresponde à média dos escores essenciais e derivados (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; HAUSER et al., 2013). Estudo realizado por Fracoli et al. (2014), apontou que o PCATool é o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF conforme propõe a PNAB, após analisar cinco instrumentos validados encontrados na busca bibliográfica.

FIGURA 4 – Atributos da APS distribuídos em componentes e seus sub-itens.

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

Fonte: Adaptado de Brasil, 2010.

Neste sentido, o PCATool permite a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade, podendo ser utilizado em investigações acadêmicas e também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das eSF, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; HARZHEIM et al., 2006).

O PCATool, versão profissionais permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações. O PCATool, versão profissionais mede a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio de escala *Likert* ("com certeza sim", "provavelmente sim", "provavelmente não", "com certeza não" e "não sei/não lembro") atribuindo escores com intervalo de **um a quatro** para cada elemento (HAUSER et al., 2013; HARZHEIM, 2010).

Neste estudo, foram constituídos escores para os atributos essenciais, "acesso de primeiro contato", "longitudinalidade", "coordenação", "integralidade", e para os atributos derivados, "orientação familiar" e "orientação comunitária" (HARZHEIM et al., 2006).

O instrumento avalia a estrutura e o processo de atenção a respeito de cada atributo da APS em um determinado serviço, porém, com relação à “coordenação”, foram obtidos escores para os seus componentes separadamente, de maneira que o escore para “coordenação sistemas de informações” avaliou a estrutura envolvida com esse atributo, enquanto o escore para “coordenação do cuidado”, considerou o processo. Da mesma forma, o escore para “integralidade serviços disponíveis” mediu a estrutura dos serviços envolvida com esse atributo, e o escore para “integralidade serviços prestados”, o processo (HARZHEIM et al., 2006). O escore final de cada um dos atributos é dado pela média das respostas de seus itens que também variam de 1 a 4.

O Escore Essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes. O Escore Geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes (HARZHEIM et al., 2006).

De acordo com as recomendações para utilização do instrumento, para determinar o ponto de corte dos escores, considerou-se as respostas “provavelmente sim” e “com certeza sim” (valores 3 e 4 respectivamente), demonstrando aspecto positivo da APS (HARZHEIM et al., 2006). Desse modo, escores ≥ 3 indicam forte presença e extensão do atributo avaliado. O valor dos escores obtidos para cada atributo foi transformado em uma escala de zero a dez, a partir da seguinte fórmula $[(\text{Escore obtido} - 1) \times 10]/3$. O escore é considerado satisfatório quando atinge valores acima de 6,6 (HARZHEIM et al., 2006). Foram realizados cálculos referentes às estatísticas descritivas (médias, medianas, modas, desvios-padrão) para uma amostra de 18 profissionais entrevistados. A coleta das respostas deu-se por meio dos instrumentos preenchidos durante entrevista, após assinatura do TCLE.

4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo 18 enfermeiros lotados na SMS de Araguari, em exercício durante a realização do estudo, que executaram ações de saúde individuais e/ou coletivas com crianças de zero a dois anos cadastradas nas UBSF

do município e que aceitaram participar da pesquisa, por meio da assinatura do TCLE. Os participantes puderam deixar de participar em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, porém não houve desistência. Dos 23 enfermeiros da ESF lotados na SMS, um corresponde a enfermeiro de eSF rural, um corresponde ao próprio pesquisador e outros três não estavam em exercício no período da coleta de dados (dois em período de férias e um de licença médica por período além do previsto para encerramento da coleta), totalizando cinco (05) profissionais que não participaram do estudo.

4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para responder ao objetivo geral e ao primeiro objetivo específico, o conjunto de dados obtidos por meio das entrevistas e aplicação do instrumento foi transcrito e arquivado em formato digital e impresso, para consultas posteriores. Os dados foram duplamente digitados, comparados e armazenados em planilha *Microsoft Excel*.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva (frequência absoluta e relativa), médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximo, sendo utilizado o programa *Statistical Package Social Science – SPSS 20.0*.

Para responder aos três últimos objetivos específicos foi empregada a técnica do GF, e os dados obtidos analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC constitui uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa que permite resgatar as representações que se tem sobre um determinado tema em um dado universo (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011; REIS; ANDRADE, 2008; LEFÈVRE; LEFÉVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000; MINAYO, 1996).

Gomes, Telles e Roballo (2009) definem o DSC como o método de organizar e tabular dados qualitativos de natureza verbal extraído de cada um as Ideias Centrais (IC), as ancoragens e suas correspondentes expressões-chave (ECH). Os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é reconstruir, com partes de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar um determinado modo de pensar ou representação social sobre um fenômeno. Assim, o DSC é uma estratégia

metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um imaginário específico (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009; LEFRÈVRE; LEFRÈVRE; MARQUES, 2009).

O DSC constitui-se em uma técnica de processamento de depoimentos que reúne, sob a forma de discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes. Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, produzem um efeito de “coletividade falando” e permite que as ideias ou posicionamentos dos depoentes mostrem-se de forma “encorpada”, desenvolvida, enriquecida e desdobrada (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009; LEFRÈVRE; LEFRÈVRE; MARQUES, 2009).

A matéria prima a ser trabalhada pelo DSC é o pensar, expresso de forma discursiva, de um conjunto de sujeitos sobre certo assunto. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo que se inicia com a decomposição destes nas principais ancoragens ou IC presentes em cada um e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011; REIS; ANDRADE, 2008; LEFRÈVRE; LEFRÈVRE, 2005; LEFRÈVRE; LEFRÈVRE; TEIXEIRA, 2000; MINAYO, 1996).

Desta forma, após a transcrição das entrevistas, os depoimentos dos sujeitos entrevistados foram organizados com a utilização das figuras metodológicas constitutivas (ECH, IC e DSC):

- ECH: corresponde à transcrição literal de partes, trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo. Estes trechos ou transcrições literais são destacadas pelo pesquisador e revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos. De forma geral, estes fragmentos correspondem às questões da pesquisa. Com elas, são construídos os DSC. Este momento da análise é crucial, pois a comparação das ECH selecionadas com a integralidade do discurso e com as IC permite ao leitor julgar a pertinência da tradução dos depoimentos feita pelo pesquisador, o que imprime às ECH o caráter de uma espécie de prova discursivo-empírica da veracidade da análise de conteúdo

realizada (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011; REIS; ANDRADE, 2008; LEFÈVRE; LEFÉVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000).

- IC: é o nome ou expressão linguística que revela e descreve, de forma sintética, precisa e fidedigna, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH. Ressalta-se que a IC é a descrição do sentido de um conjunto de depoimentos homogêneos analisados e não é uma interpretação (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011; REIS; ANDRADE, 2008; LEFÈVRE; LEFÉVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000).

- Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, a partir de trechos de discursos individuais, constituindo-se a principal dessas figuras metodológicas. Devem ser grafados em itálico para indicar que se trata de uma fala ou de um depoimento coletivo. O DSC, como técnica de processamento de dados com vistas à obtenção do pensamento coletivo, dá como resultado um painel de DSC, justamente para sugerir uma pessoa coletiva falando como um sujeito individual de discurso. Essa forma de apresentação de resultados de pesquisa confere muita naturalidade, espontaneidade e vivacidade ao pensamento coletivo. Neste sentido, o DSC é reunião em um discurso-síntese das ECH que manifestam a mesma IC (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011; REIS; ANDRADE, 2008; LEFÈVRE; LEFÉVRE, 2005).

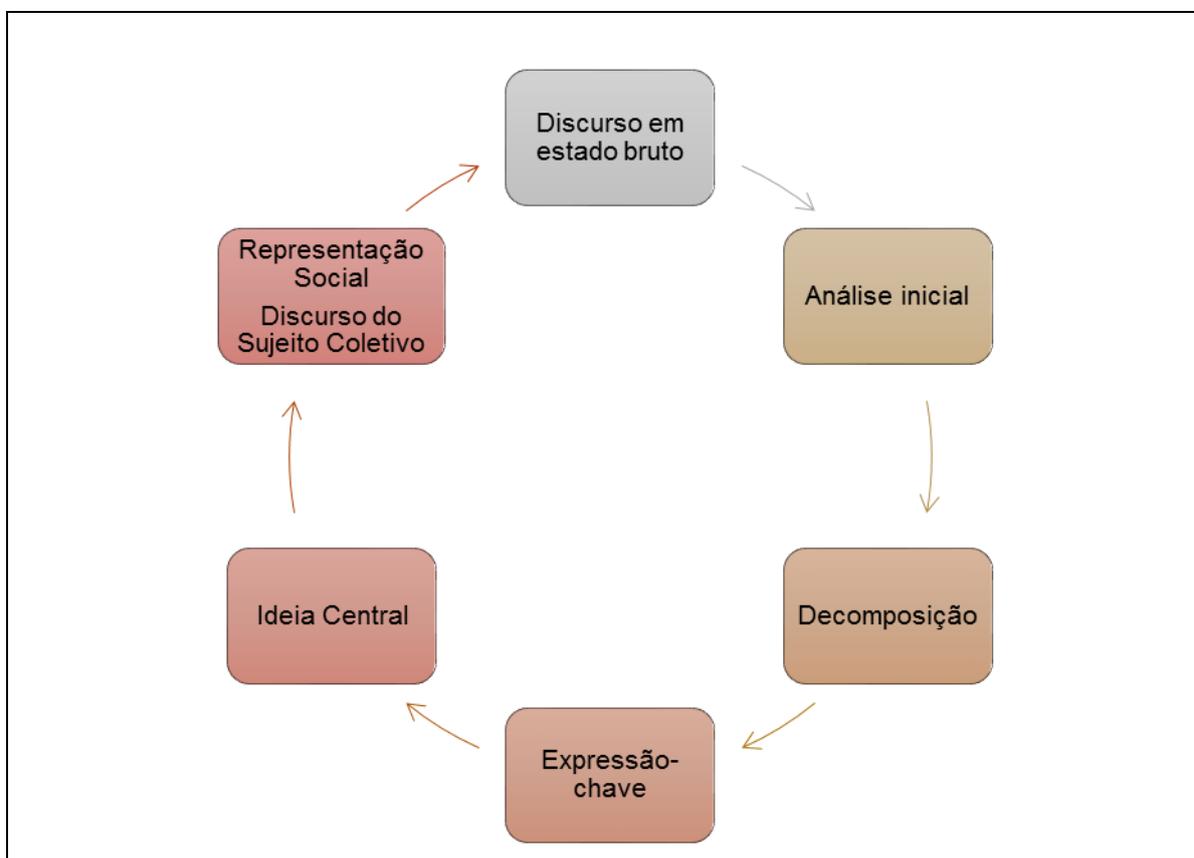
Na Representação Social apresentada através do DSC, os indivíduos da coletividade geradora da representação deixam de ser indivíduos para se transmutarem, se dissolverem e se incorporarem em um ou em vários discursos coletivos que os expressam. Depois de construídos os DSC, os discursos dos entrevistados foram revisitados com o olhar da análise de conteúdo, na modalidade análise categorial temática. O objetivo foi isolar unidades de contexto que pudessem ilustrar os DSC, que neste momento passaram a configurar os temas como unidades de registro (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011; REIS; ANDRADE, 2008; LEFÈVRE; LEFÉVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000; MINAYO, 1996).

- Ancoragem: inspirados na teoria das representações sociais, Lefèvre e Lefèvre adotam o termo ancoragem para se referirem a uma manifestação linguística explícita, que revela uma teoria, ideologia ou crença que alicerça as concepções do autor do discurso. A apreensão da ancoragem tem uma inegável

motivação prática, principalmente em ações educativas, pois é importante explicitar as teorias, ideologias e conceitos que, muitas vezes, inconscientemente, estão subjacentes às práticas cotidianas da população ou dos profissionais.

Em suma, para elaborar o DSC, parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a uma análise inicial que os decompõe, assinalando as ECH e extraíndo as principais ancoragens e IC, o que culmina em uma síntese que reconstitui discursivamente a representação social (Figura 5).

FIGURA 5 - Representação gráfica da análise de dados qualitativa por meio do Discurso do Sujeito Coletivo.



Fonte: os autores.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Em geral, a pesquisa qualitativa permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade aos atos, às relações e às

estruturas sociais, propiciando o desvelar de processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares. Assim, possibilita a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000; MINAYO, 1996).

Destaca-se que a validade e a confiabilidade desta análise foram obtidas por meio do rigor em todos os procedimentos realizados ao longo do estudo e, também, pela triangulação dos dados, obtida mediante a utilização do conteúdo da coleta de dados, dialogando com a literatura existente acerca do tema (POPE; MAYS, 2009). Vale considerar a importância de buscar esta triangulação na análise dos dados, extraídos do conteúdo das entrevistas e do referencial teórico estudado; neste último, a partir da utilização de diferentes autores e documentos do MS no que diz respeito à saúde da criança e APS no SUS.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Os pesquisadores desenvolveram a pesquisa proposta de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, submetendo o projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, tendo sido aprovado sob Parecer nº 2.669.708 em abril de 2018. Foi solicitada autorização prévia da coordenação da APS do município onde a pesquisa foi realizada (APÊNDICE C).

5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

5.1 INTRODUÇÃO E DELINEAMENTO DA REVISÃO INTEGRATIVA

A APS destaca-se como eixo central e estruturante dos sistemas de saúde, com papel de coordenação da RAS. A APS representa o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e as atividades desenvolvidas neste nível de atenção são norteadas pelos princípios do acesso universal, integralidade do cuidado, acessibilidade e humanização, conforme as necessidades de saúde da população atendida. ESF representa a principal estratégia para expansão e consolidação da APS ao implementar os princípios e as diretrizes do SUS (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011b; MENDES, 2009; GOULART et al., 2007).

A Atenção Integral à Saúde da Criança representa uma das principais linhas de atuação para os profissionais que atuam na ESF, considerando a atual dimensão e complexidade das políticas públicas e a necessidade de fortalecimento dos eixos temáticos para o cuidado da criança, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção. Para o monitoramento das ações de atenção à saúde da criança é importante acompanhar os indicadores de saúde relacionados à cobertura e à qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde (REICHERT et al., 2012; RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010).

A qualidade dos serviços ofertados tem sido uma preocupação importante na área da gestão em saúde, em decorrência da necessidade de oferecer atenção integral, livre de riscos para os usuários, bem como promover a melhoria da utilização dos recursos de saúde (SALA; MENDES, 2011). Os indicadores de qualidade podem ser empregados para planejar e estabelecer as ações assistenciais, de gestão e educação profissional continuada, analisar o desempenho e a qualidade da assistência, melhorar as atividades e adequar as não conformidades, permitindo o alinhamento das atividades com as metas da organização. Neste sentido objetivou-se identificar quais são as evidências científicas disponíveis sobre os indicadores de qualidade na assistência à saúde da criança na APS (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; CASTRO et al., 2012).

Na busca por conhecimento sobre as evidências científicas disponíveis sobre os indicadores de qualidade na assistência à saúde da criança na APS, optou-se pelo método da Revisão Integrativa (RI). Esta metodologia de pesquisa permite a inclusão de literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas, facilitando o acesso a evidências científicas recentes e favorecendo o aprimoramento do conhecimento acerca de determinado assunto, além de evidenciar pontos que requerem maior enfoque de novas pesquisas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; URSI; GALVÃO, 2006).

Neste processo de revisão, foram realizadas as seguintes etapas: (1) escolha e delimitação do tema, (2) pesquisa nas bases de dados, (3) coleta de dados e categorização, (4) análise e avaliação dos artigos incluídos na revisão, (5) interpretação e discussão dos resultados, (6) síntese e apresentação dos resultados de forma descritiva (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; URSI; GALVÃO, 2006).

Para análise dos artigos utilizou-se um instrumento para coleta de dados proposto e validado por Ursi (2005), composto pelos seguintes itens: 1) identificação (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma, ano de publicação); 2) instituição sede do estudo; 3) tipo de revista científica; 4) características metodológicas do estudo (tipo de pesquisa, objetivos, principais resultados, análise, implicações e nível de evidência) e 5) avaliação do rigor metodológico.

Foram consultadas as bases de dados científicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), sendo selecionados os artigos publicados entre janeiro de 2008 e janeiro de 2018. Para assegurar uma busca criteriosa dos artigos, foram delimitados os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde: Atenção primária; Indicadores de Serviços; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Saúde da Criança. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos, disponíveis on line, na íntegra.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, disponíveis on line na íntegra, escritos em português e inglês, publicados entre janeiro de 2008 e janeiro de 2018. Adotou-se como critério de exclusão: artigos cujo tema não se refere ao tema central desta pesquisa.

5.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

Foram obtidos 28 artigos na composição da amostra desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Na etapa de coleta de dados e categorização dos estudos foi feita a leitura minuciosa dos artigos completos que foram selecionados.

Tabela 1: Tabela de apresentação dos artigos da amostra da RI.

Nome do Artigo (código)	Autores	Ano de Publicação	Periódico
Atenção primária à criança com diabetes mellitus tipo 1: perspectiva de cuidadores (A1)	Wolkers, P.C.; Macedo, J.C.; Rodrigues, C.M.; Furtado, M.C.; Mello, D.F.	2017	Acta Paulista de Enfermagem (SP)
Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde (A2)	Schwendler, A.; Faustino-Silva, D.D.; Rocha, C.F.	2017	Ciência & Saúde Coletiva (RJ)
Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços (A3)	Cubas, M. R.; Faoro, N. T.; Moysés, S. T.; Carvalho, D. R.	2017	Saúde em Debate (RJ)
Utilização de Monitoramento e Análise de Indicadores na Atenção Primária à Saúde (A4)	Carvalho, M.F.; Vasconcelos, M.I.O.; Silva, A.R.V; Meyer, A.P.G.F.V.	2017	Sanare (CE)
Primary Care Physician Panel Size and Quality of Care: A Population-Based Study in Ontario, Canada (A5)	Dahrouge, S.; Hogg, W.; Younger, J.; Muggah, E.; Russell, G.; Glazier, R.H.	2016	<i>Annals of Family Medicine</i> (Canadá)
Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros (A6)	Reichert, A.P.S.; Rodrigues, P.F.; Albuquerque, T.M.; Collet, N.; Minayo, M.C.S.	2016	Ciência & Saúde Coletiva (RJ)
A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil (A7)	Andrade, M.V. et al.	2015	Cadernos de Saúde Pública (RJ)
Hospitalização de Crianças por	Santos, I.L.F.; Gaíva, M.A.M;	2015	Cogitare

Condições Sensíveis à Atenção Primária (A8)	Abud, S.M.; Ferreira, S.M.B.		Enfermagem (PR)
Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde (A9)	Lima, K.W.S.; Antunes, J.L.F.; Silva, Z.P.	2015	Saúde e Sociedade (SP)
Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese (A10)	Fracolli, L.A.; Gomes, M.F.P.; Nabão, F.R.Z.; Santos, M.S.; Cappellini, V.K.; Almeida, A.C.C.	2014	Ciência & Saúde Coletiva (RJ)
Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil (A11)	Pazó, R.G.; Frauches, D.O.; Molina, M.C.B.; Cade, N.V.	2014	Cadernos de Saúde Pública (RJ)
Primary care quality indicators for children: measuring quality in UK general practice (A12)	Gill, P.J.; O'Neill, B.; Rose, P.; Mant, D.; Harnden, A.	2014	<i>British Journal of General Practice</i> (Reino Unido)
Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços (A13)	Costa, J.P.; Jorge, M.S.B.; Vasconcelos, M.G.F.; Paula, M.L.; Bezerra, I.C.	2014	Saúde em Debate (RJ)
Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários (A14)	Oliveira e Silva, C.S.; et al.	2014	Ciência & Saúde Coletiva (RJ)
Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços (A15)	Castro, R.C.L.; Knauth, D.R.; Harzheim, E.; Hauser, L.; Duncan, B.B.	2012	Cadernos de Saúde Pública (RJ)
Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros (A16)	Almeida, W.S.; Szwarcwald, C.L.	2012	Revista de Saúde Pública (SP)
General practitioners' views on quality markers for children in UK primary care: a qualitative study (A17)	Gill, P.J.; Hislop, J.; Mant, D.; Harnden, A.	2012	<i>Family Practice</i> (Reino Unido)
Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida no Contexto da Atenção Primária à Saúde (A18)	Magalhães, A.C.F.; Ferreira, A.L.; Corrêa, L.P.; Rodrigues, M.C.; Viegas, S.M.F.	2012	Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro (MG)
Avaliação da notificação de óbitos de menores de um ano ao Sistema	Frias, P.G.; Cavalcanti, M.R.B.A.; Mullachery, P.H.; Damacena, G.N.;	2012	Revista Brasileira de Saúde

de Informações da Atenção Básica (SIAB) (A19)	Szwarcwald, C.L.		Materno-infantil (PE)
O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros (A20)	Duarte, M.L.C.; Tedesco, J.R.; Parcianello, R.R.	2012	Revista Gaúcha de Enfermagem (RS)
Sistema de Informação da Atenção Básica: A Percepção de Enfermeiros (A21)	Almeida, G.B.S.; Freire, M.R.; Leonel, M.	2012	Revista Mineira de Enfermagem (MG)
Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras (A22)	Fracolli, L.A.; Zoboli, E.L.P.; Granja, G.F.; Ermel, R.C.	2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP (SP)
Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados (A23)	Almeida, P.F.; Fausto, M.C.R.; Giovanella, L.	2011	Revista Panamericana de Salud Pública (EUA)
Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos (A24)	Sala, A.; Mendes, J.D.V.	2011	Saúde e Sociedade (SP)
Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários (A25)	Ribeiro, J.M.; Siqueira, S.A.V.; Pinto, L.F.S.	2010	Ciência & Saúde Coletiva (RJ)
Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde (A26)	Silva, J.M.; Caldeira, A.P.	2010	Cadernos de Saúde Pública (RJ)
Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil (A27)	van Stralen, C.J.; et al.	2008	Cadernos de Saúde Pública (RJ)
Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde (A28)	Souza, E.C.F.; Vilar, R.L.A.; Rocha, N.S.P.D.; Uchoa, A.C.; Rocha, P.M.	2008	Cadernos de Saúde Pública (RJ)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em seguida, por meio da categorização, que é uma operação de classificação de categorias, as quais reúnem um grupo de unidades de registro sob um título genérico, chegou-se ao agrupamento em razão das características comuns entre os artigos. Neste estudo, o critério de categorização foi o semântico, ou seja, a significação (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; URSI; GALVÃO, 2006). A análise dos artigos permitiu compor as seguintes categorias: (1) Avaliação da APS e uso de indicadores, (2) Princípios da APS como indicadores de qualidade, (3) Percepção de profissionais, gestores e usuários sobre a APS e (4) Métodos e instrumentos de avaliação da APS (Tabela 2).

Tabela 2: Frequência e porcentagem das categorias obtidas na amostra de artigos da RI.

Categorias	N (frequência%)	Artigos	Período das publicações
Avaliação da APS e uso de indicadores	14 (50%)	A2, A4, A5, A6, A8, A11, A12, A15, A16, A18, A19, A20, A24, A25	2010-2017
Princípios da APS como indicadores de qualidade	7 (25%)	A1, A7, A13, A14, A22, A23, A28	2008-2017
Percepção de profissionais, gestores e usuários sobre a APS	5 (18%)	A9, A17, A21, A26, A27	2008-2015
Métodos e instrumentos de avaliação da APS	2 (7%)	A3, A10	2014-2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A primeira categoria foi denominada “Avaliação da APS e uso de indicadores”, encontrada em 50% (14) dos artigos da amostra. Esta categoria é composta por artigos que abordam a importância da avaliação dos serviços de saúde, considerando que esta tem se tornado uma preocupação contínua dos órgãos de gestão pública no Brasil, em especial na APS. Avaliar o desempenho dos serviços e seu impacto na saúde da população oportuniza a que os gestores orientem a

implantação, consolidação e reformulação das práticas da APS (CARVALHO et al., 2017; MENDES, 2009).

O planejamento, monitoramento e avaliação destacam-se como importantes tecnologias organizacionais que permitem a realização de diagnósticos locais e possibilitam a adequação dos processos de trabalho à realidade, considerando as necessidades, dificuldades e possibilidades nas mais diversas ESFs. A realização de pesquisas que avaliem os serviços da APS, levando em conta a ótica dos profissionais, é essencial e contribui para a institucionalização da avaliação da qualidade e reorganização dos serviços. Qualidade da atenção à saúde está sendo entendida, no presente estudo, como a presença e a extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da APS, de acordo com Starfield (OLIVEIRA E SILVA et al., 2014; CASTRO et al., 2012).

Os indicadores de saúde representam uma forma de avaliação que busca medir o estado de saúde da população para garantir o papel efetivo do cuidado, tanto na APS quanto nos demais níveis de atenção. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), os indicadores proporcionam o estabelecimento de políticas públicas específicas e mais bem adequadas às reais necessidades de saúde da população (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012). Os indicadores correspondem a um instrumento básico para organização e programação de ações em saúde, por meio de dados válidos e confiáveis que possibilitam a análise objetiva da situação sanitária e disponibilização de informações em saúde. Em relação ao monitoramento e à análise de indicadores, a maioria das equipes de Saúde da Família (eSF) afirma adotar estas atividades, com elevado percentual de utilização na sistematização e organização do processo de trabalho (CARVALHO et al.; 2017).

Encontrou-se na literatura consultada que, ao longo dos últimos anos, avaliar o desempenho dos serviços da APS e seu impacto na saúde da população oportuniza a que os gestores orientem a implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde. O uso de indicadores permite aos profissionais e gestores do SUS descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar aspectos de uma determinada realidade (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011).

A segunda categoria encontrada em 25% (07) dos artigos foi denominada “Princípios da APS como indicadores de qualidade”. Nesta categoria foram

agrupados os artigos que tratam da avaliação dos atributos da APS. Sabe-se que os indicadores de saúde aplicados na ESF referem-se ao procedimento de avaliação e monitoramento da qualidade da atenção, sobretudo do processo de trabalho das equipes, sua relação com a população adscrita. Além disso, possibilitam avaliar a integralidade, embasando intervenções pontuais e coletivas, contribuindo na orientação ao usuário, na prevenção e tratamento de doenças, na avaliação da morbimortalidade, favorecendo um acompanhamento direcionado à área de abrangência, aproximando o usuário e as eSF, com intuito de melhorar a qualidade de vida da população (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

O uso de indicadores possibilita aos profissionais monitorar e avaliar os eventos que acometem a população e refletir as condições de risco à saúde advindas de condições ambientais e sociais, tendo por consequência a qualidade da atuação dos profissionais de saúde e dos processos organizacionais que atendem às demandas dos usuários, suas famílias e comunidade (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

Estudos realizados no Brasil destacam a ESF como fundamental para a melhoria no acesso e com resultados positivos na situação de saúde da população, associando o aumento na cobertura da ESF com a redução nas taxas de mortalidade, principalmente devido à prevenção de mortes por diarreia em crianças, redução da mortalidade neonatal, melhorando o acesso e ampliando a cobertura da assistência pré-natal (van STRALEN et al., 2008).

Em diferentes estudos, a ESF apresentou avaliações positivas, com escores maiores e estatisticamente significativos nos atributos “Acessibilidade - acesso de primeiro contato”, “Longitudinalidade”, “Integralidade - serviços prestados”, “Orientação familiar” e “Orientação comunitária” em comparação com unidades tradicionais. Em contrapartida, os atributos “Integralidade - serviços disponíveis”, “Coordenação – integração de cuidados” e “Coordenação – Sistemas de informação”, não apresentaram diferença relevante entre os serviços avaliados.

Dentre os atributos da APS, o acesso aos serviços de saúde é fundamental para uma assistência eficiente e para a redução das desigualdades, o enfoque à inacessibilidade de alguns grupos populacionais é essencial para a tomada de decisão sobre a localização e dimensão dos serviços (ANDRADE et al., 2015; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Os serviços de saúde no Brasil concentram-se

nas áreas urbanas, capitais e zonas centrais, em detrimento das zonas rurais, das áreas mais pobres e periféricas. Disso decorre, juntamente com fatores socioeconômicos e culturais, grande desigualdade na oferta e maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde. A ampliação da APS no Brasil possibilitou maior acesso da população aos serviços básicos de saúde. Contudo, uma maior integração das ações desenvolvidas pela ESF e o modelo de assistência do sistema municipal de saúde permanecem como um desafio para a redução da mortalidade infantil (ANDRADE et al., 2015; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; BRASIL, 2012b).

Em estudo realizado por Cubas, Faoro, Moysés e Carvalho (2017), os indicadores “percepção do usuário”, “ampliação da carteira de serviços”, “formação e educação profissional” e “ambiência e comunicação com a comunidade” foram considerados os mais relevantes. Sabe-se que a adequação da estrutura física e a melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos podem contribuir para uma assistência de qualidade à saúde da população. Tais indicadores refletem, sem desconsiderar outros, importantes atributos da APS, como o acesso, a longitudinalidade, a orientação centrada na família e a coordenação da atenção (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015; CASTRO et al., 2012; van STRALEN et al., 2008).

A terceira categoria encontrada em 18% (05) dos artigos foi denominada “Percepção de profissionais, gestores e usuários sobre a APS”. Os artigos categorizados neste título convergem que a maioria dos profissionais da ESF possui algum conhecimento a respeito dos indicadores de saúde e, muitas vezes, conseguem transmiti-lo por meio de exemplos vivenciados na sua prática. Estes achados estão de acordo com a literatura científica que acrescenta que, além de monitorar e orientar ações, trabalhar com indicadores de saúde corresponde à construção de vínculo com o usuário, à mudança de foco para a dimensão do sujeito, garantindo a integralidade, visando a ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos, de tratamento e de reabilitação (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

Verifica-se na literatura que os gestores ainda utilizam pouco as informações em saúde no planejamento e controle das ações desenvolvidas em suas unidades, sendo justificado pelo conhecimento limitado sobre tais sistemas e como podem ser usados. Na visão dos pesquisadores, os gestores percebem as informações em

saúde como um instrumento técnico-burocrático, cuja única interação com suas unidades é representada pelo esforço em alimentar os dados solicitados (LIMA, 2015; MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012). Os mesmos pesquisadores alertam que em diversas situações, as ações de saúde são planejadas com base no atendimento a demanda espontânea dos usuários (LIMA, 2015), o que pode influenciar negativamente na avaliação dos serviços da ESF.

Ainda com base nos artigos obtidos, encontrou-se que a maioria dos indicadores de qualidade voltados para saúde da criança referem-se ao cuidado com doenças específicas (por exemplo, Cetoacidose diabética, Asma, reações anafiláticas, Crises convulsivas, Traumatismo cranioencefálico grave e Sepsis). No programa *Medicaid* dos Estados Unidos da América (EUA), os indicadores de qualidade utilizados para avaliar os cuidados primários à saúde da criança foram as taxas de vacinação, o acesso aos serviços de saúde, a segurança na prescrição de medicações, os encaminhamentos para especialidades e os procedimentos realizados (GIL, 2014).

Ainda de acordo com este autor, produzir indicadores de qualidade da APS para as crianças é viável, embora seja considerado uma tarefa difícil. Em um universo abrangente de indicadores de qualidade da APS para crianças e adolescentes, desenvolvido nos EUA em 2007, foram levantados 175 indicadores (abrangendo sobretudo condições clínicas específicas como manejo da Acne, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Rinite alérgica, Asma, Depressão, Diarreia, febre, Infecção do trato urinário e outras infecções) (GIL, 2014).

Um estudo brasileiro envolveu diversos indicadores, dentre eles a cobertura vacinal, número de internações por diarreia e por doença respiratória, mortalidade infantil e incidência de baixo peso ao nascer. Esses indicadores focam, sobretudo, em questões relacionadas às ações de promoção e controle de saúde decorrentes do contato das crianças com os serviços de APS (SALA; MENDES, 2011).

Em outras pesquisas, a opinião dos gestores dos serviços de saúde evidenciou dificuldades e limitações para uma utilização mais efetiva das informações em saúde, considerados importantes indicadores dentro dos serviços. Entre elas a ineficiência ou lentidão dos sistemas, o número reduzido de profissionais, a falta de capacitação periódica e a reduzida integração entre os sistemas. Na percepção dos gestores, esses itens deveriam ser contemplados para

o aprimoramento institucional dos sistemas de informação, favorecendo o uso mais efetivo dos indicadores de saúde (CARVALHO et al., 2017; LIMA, 2015).

Pode-se ressaltar que os dados e indicadores da APS, apesar de frequentemente utilizados e observados nas reuniões das eSF, são pouco empregados para nortear a tomada de decisões e a qualificação dos serviços e ações de saúde. Considera-se então que a não utilização dessa estratégia atribui fragilidade às ações, pois o planejamento se tornará inexistente ou inconsistente diante da ausência de embasamento da realidade em que se deseja intervir, visto que apenas monitorar não garante os avanços necessários (CARVALHO et al., 2017; LIMA, 2015).

Diante disso, fica evidente a necessidade de estruturar a RAS, tornando-a um sistema gerencial que coordene e integre os instrumentos disponíveis, garantindo o planejamento, o controle e o aprimoramento de cada processo (MENDES, 2009).

A quarta e última categoria, encontrada em 7% (02) dos artigos foi denominada “Métodos e instrumentos de avaliação da APS”. Para a avaliação da APS, a literatura científica dispõe de alguns instrumentos, enfatizando a aferição da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde. Dentre os instrumentos, tem-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que foi criado nas versões *Child Consumer/Client Survey* e *Adult Consumer/Client Survey*, aplicáveis aos usuários para a avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto, respectivamente, e *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde, cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017).

O instrumento foi validado no Brasil e produz escores para cada atributo e também os Escores Essencial e Geral, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços de saúde (OLIVEIRA E SILVA et al, 2014). Estudo realizado por Fracoli et al. (2014), apontou que o PCATool é o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF conforme propõe a PNABásica, após analisar outros cinco instrumentos validados encontrados na busca bibliográfica.

Avaliar o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF permite a produção de conhecimento sobre sua efetividade e qualidade. Diversos pesquisadores utilizam o PCATool para comparar o grau de orientação à APS de outros modelos de AB que coexistem junto à ESF, como as Unidades

Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (HARZHEIM et al., 2006). Neste sentido, o PCATool permite a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade, podendo ser utilizado em investigações acadêmicas e também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das eSF, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; HARZHEIM et al., 2006).

5.3 CONCLUSÕES DA REVISÃO INTEGRATIVA

A busca por evidências apontou que na literatura científica, os artigos disponíveis permitiram compor as seguintes categorias semânticas: a avaliação da APS e uso de indicadores, os princípios da APS como indicadores de qualidade, a percepção de profissionais, gestores e usuários sobre a APS e métodos e instrumentos de avaliação da APS. A maioria dos artigos científicos acerca do tema central desta pesquisa convergem para a importância da avaliação dos serviços de saúde, considerando que esta tem se tornado uma preocupação contínua dos órgãos de gestão pública no Brasil, em especial na APS. Avaliar o desempenho dos serviços da APS e seu impacto na saúde da população oportuniza a implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.

Ainda de acordo com esta RI, foi possível apreender que a maioria dos profissionais da ESF possui algum conhecimento a respeito dos indicadores de saúde e, muitas vezes, conseguem transmiti-lo por meio de exemplos vivenciados na sua prática. Avaliar o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF permite a produção de conhecimento sobre sua efetividade e qualidade e o PCATool é considerado o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF, sendo altamente recomendada sua aplicação em pesquisa com este objetivo.

Por meio deste estudo, foi possível verificar que ainda existem poucos trabalhos publicados na literatura nacional e internacional acerca da adoção de indicadores de qualidade específicos sobre atenção à saúde da criança, sendo necessária a realização de novas pesquisas a fim de propiciar conhecer mais profundamente sobre o tema.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

A fim de caracterizar os profissionais entrevistados, utilizou-se um questionário estruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, com questões sociodemográficas, relativas à formação acadêmica e à situação ocupacional. Participaram do estudo 18 enfermeiros que atuavam na ESF, a maioria do sexo feminino (78%), com média de idade de 38,8 anos. O tempo médio de exercício profissional foi de 11,8 anos, sendo que 50% atuavam como enfermeiros há mais de 10 anos. Do total de participantes, 39% (07) atuavam na ESF entre 5 e 10 anos, seguidos de 28% que atuavam na ESF há mais de 10 anos. Na população em estudo, 39% (07) estavam na mesma equipe (eSF) por um período entre 2 e 5 anos e outros 39% (07) estavam entre 5 e 10 anos também na mesma equipe. Quanto à formação, 90% (16) tinham título de especialista, com ênfase nas áreas de Saúde Pública ou Saúde Coletiva, 83% (15) dos participantes obtiveram a referida titulação em instituição privada e a média de tempo decorrido da última titulação foi de 8,2 anos (TABELA 3).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros da ESF no município de Araguari-MG. Brasil, 2019.

Características	Frequência (n = 18)	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	14	78
Masculino	04	22
Formação profissional		
Graduação (apenas)	01	05
Especialização	16	90
Mestrado	01	05
Doutorado	0	-
Instituição (última titulação)		
Privada	15	83
Pública	03	17

Tempo da última titulação		
< 05 anos	05	28
05-10 anos	07	39
> 10 anos	06	33
Tempo de Exercício Profissional		
< 02 anos	01	05
02-05 anos	01	05
05-10 anos	07	40
> 10 anos	09	50
Tempo na ESF		
< 02 anos	02	11
02-05 anos	04	22
05-10 anos	07	39
> 10 anos	05	28
Tempo na eSF		
< 02 anos	03	17
02-05 anos	07	39
05-10 anos	07	39
> 10 anos	01	05
Funções desenvolvidas		
Coordenação	16	89
Assistência	16	89
Referência técnica	18	100

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao perfil dos enfermeiros que atuam na ESF, diferentes estudos apresentam maior proporção de profissionais do sexo feminino, confirmando-se a tendência de feminização da força de trabalho na APS, chegando em alguns municípios há mais de 90%, com idade média menor que 40 anos (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012; ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011; MARSIGLIA, 2011; FERRARI; THOMSOM; MELCHIOR, 2005). Um estudo semelhante evidenciou que, na ESF, o perfil dos profissionais encontrado é, de maneira geral, diferente do que se verifica em outros serviços da APS. Na ESF, os profissionais são, em média, mais jovens e têm menos tempo de formados; há menor tempo de trabalho no serviço, na equipe de saúde e maior proporção de profissionais especialistas (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012;

ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011; TOMASI et al., 2008; FERRARI; THOMSOM; MELCHIOR, 2005). Porém, alguns estudos com abordagens diferentes envolvendo profissionais da APS de forma geral apontam que há faixas etárias superiores preponderantes (entre 30 e 49 anos) entre grupos de enfermeiros (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012; ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011).

O tempo médio de exercício profissional foi de 11,8 anos, sendo que 50% atuavam como enfermeiros há mais de 10 anos. Estudo realizado em Londrina, Paraná, apontou que cerca de 46% dos enfermeiros tinham mais de nove anos de exercício profissional, com média de 9,2 anos, o que se aproxima dos dados levantados neste estudo. Outro dado em consonância com a literatura refere-se à proporção de tempo de atuação na ESF, 39% dos participantes, com média de 8,2 anos (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012). No estudo de Ferrari, Thomson e Melchior (2005), apenas 37% dos enfermeiros (média de 5,8 anos) tinham mais de cinco anos de atuação na ESF.

Alguns estudos sugerem que a implementação e expansão da APS e ESF no Brasil, proporcionaram um novo campo de atuação para enfermeiros, corroborando para redução da idade média dos profissionais, menores proporções de tempo de exercício profissional e de tempo na ESF (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012; ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011; MARSIGLIA, 2011).

Estudos acerca do perfil profissional dos enfermeiros da ESF evidenciaram menor proporção de profissionais com especialidade nas diferentes áreas, em comparação com os outros tipos de serviços de APS avaliados (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012; ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011; TOMASI et al., 2008). Corrêa, Araújo, Ribeiro e Pedrosa (2012) encontraram também um número expressivo de enfermeiros que possuíam especializações voltadas para a Saúde Coletiva e da Família, mas ressaltaram que uma parcela significativa dos sujeitos não possuía formação complementar que contribuísse para o fortalecimento da APS.

No estudo de Tomasi et al. (2008), os profissionais da ESF informaram ter especialização na área de Saúde Coletiva em proporção que alcançou o dobro da informada pelos profissionais das UBS tradicionais. Um estudo identificou que 35% dos enfermeiros que trabalhavam na ESF, no Brasil, referiram ter alguma especialização *lato sensu*, caindo para menos de 5% quando verificada a especialização *stricto sensu* (FERRARI; THOMSOM; MELCHIOR, 2005). Outro

estudo apontou que 68% dos enfermeiros apresentavam curso de especialização e menos de 2% concluíram mestrado e/ou doutorado (ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011). Estes resultados estão de acordo com o que se verificou nesta pesquisa, embora não tenham sido observados na literatura pesquisada, dados referentes ao tempo decorrido entre a obtenção da última titulação (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012).

Na pesquisa de Tomasi et al. (2008), constatou-se que a carga horária semanal dos profissionais da ESF era maior, sendo igualmente maior o número de atendimentos realizados. A jornada semanal dos enfermeiros da ESF em questão era de 40 horas semanais, sendo referida por todos os participantes. Nesse serviço, os profissionais eram em maior proporção, referências técnicas para as eSF. Dos entrevistados, 89% dos entrevistados referiram exercer também as atividades de coordenação e assistência. Esse perfil é semelhante ao encontrado em estudos realizados em outros estados e regiões do Brasil.

Corrêa, Araújo, Ribeiro e Pedrosa (2012) encontraram que, com relação à função exercida, 96,2% enfermeiros afirmaram desempenhar funções técnico-assistenciais, aqui compreendidas como as atividades desenvolvidas com foco no cuidado ou em seu gerenciamento. Em contrapartida, apenas 3,8% dos entrevistados declararam desenvolver funções técnico-administrativas, apesar de terem afirmado que as atividades burocráticas das unidades ocupam uma parcela significativa da carga horária de trabalho. Considerando o exposto, inferimos que é provável que o enfermeiro dedica menor tempo às atividades assistenciais e técnicas, ao assumir atividades gerenciais e administrativas.

A ESF requer profissionais de Enfermagem com formação generalista, porém com elevadas habilidades e conhecimento suficiente para oferecer atenção integral à saúde dos indivíduos e suas coletividades. São competências fundamentais para o enfermeiro de ESF a agilidade na tomada de decisões, visão sistêmica, criatividade, inovação, práxis social transformadora e elevado potencial de resolução de problemas (PEREIRA et al., 2009; ARAÚJO; ROCHA, 2007; MARTINS; KOBAYASHI; AYOUB; LEITE, 2006).

6.2 ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF

A seguir, são apresentados e discutidos dados referentes à atuação dos enfermeiros da ESF, bem como sua opinião sobre os indicadores de saúde (TABELA 4).

Tabela 4: Dados da atuação dos enfermeiros da ESF e opinião sobre os indicadores de saúde. Araguari-MG, Brasil, 2019.

Características	Frequência (n = 18)	Porcentagem (%)
Atendimento à Crianças		
Sim	18	100
Não	0	-
Utiliza indicadores de saúde da criança		
Sim	15	83
Não	03	17
Considera importante uso de indicadores		
Muito importante	14	78
Importante	04	22
Pouco importante	0	-
Indiferente	0	-
Encontra dificuldades no uso de indicadores		
Sim	10	56
Não	08	44

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Neste estudo, 100% dos enfermeiros da ESF referiram realizar atividades ou ações direcionadas para a população infantil menor de dois anos. A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados primários à saúde das populações (SAMICO; HARTZ; FELISBERTO; CARVALHO, 2005). É de grande relevância o papel do enfermeiro na vigilância da saúde da criança, sobretudo nos serviços de APS, a fim de viabilizar o melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, visto ser essa uma ação primordial para se obter melhor qualidade de vida para a população infantil (REICHERT; ALMEIDA; SOUZA; SILVA; COLLET, 2012).

As ações realizadas em nível primário voltadas para a saúde criança são fundamentais para a prevenção e implementação de condutas, com elevado potencial para detectar precocemente possíveis agravos e diminuir a morbimortalidade (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015; REICHERT; ALMEIDA; SOUZA; SILVA; COLLET, 2012; SAMICO; HARTZ; FELISBERTO; CARVALHO, 2005). As principais ações de Enfermagem verificadas no acompanhamento do lactente são os registros antropométricos (como peso, comprimento/estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, registros sobre desenvolvimento, tipo de alimentação, imunização e se houve orientações registradas aos pais ou responsáveis (BARATIERI et al., 2014).

As medidas antropométricas são fundamentais para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, sendo que sua verificação periódica é imprescindível para que ocorra a identificação precoce de alterações e sejam realizadas intervenções mais precisas e eficazes, garantindo assim qualidade de vida e saúde da criança (BARATIERI et al., 2014).

Acompanhar o desenvolvimento é de fundamental importância na Puericultura, com vistas a detectar precocemente atrasos e déficits, para que intervenções e encaminhamentos oportunos sejam realizados, evitando comprometimento mais significativo no desenvolvimento infantil. Também recebem destaque as imunizações, que constituem uma das principais linhas de cuidado a serem monitoradas pela equipe de saúde, sobretudo na eSF, promovendo busca-ativa imediata dos faltosos (BARATIERI et al., 2014).

O enfermeiro integra a equipe de saúde e assume a gerência da ESF (CORRÊA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012). Deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde e, para tanto, necessita de conhecimento e preparo para assumir essas funções. Compete ao enfermeiro ao liderar, conhecer o comportamento das pessoas que trabalham consigo e como acontecem as relações sociais e institucionais para poder identificar os problemas e necessidades da equipe e poder propor alternativas condizentes com a realidade que gerencia (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015).

Outro desafio das equipes é saber utilizar, de maneira mais adequada, os momentos de encontro com o usuário, quando o profissional, além de realizar

procedimentos técnicos, pode utilizar-se dessa situação para acolher demandas, formar vínculos e otimizar as relações humanas (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015). Sobretudo, no atendimento à criança, o acolhimento, estabelecimento de vínculo e visão integral tornam-se imprescindíveis para o cuidado de boa qualidade.

Segundo Pinheiro (2009), nas unidades de AB, o enfermeiro encontra-se cada vez mais vinculado à gestão dos diversos processos de trabalho da equipe multiprofissional, além de desempenhar atividades relacionadas a organização e coordenação dos serviços de saúde, caracterizando sua função gerencial. Estudos encontraram que os enfermeiros gerentes compreendem de forma diferente os indicadores solicitados pelos gestores da saúde no lócus dos municípios, que assumem diversas vezes a característica de metas a serem atingidas, daqueles utilizados como instrumentos para o planejamento e organização das ações em saúde (FERNANDES et al., 2010; PINHEIRO, 2009; WEIRICH et al., 2009).

A ausência de alguns profissionais nas equipes, o acúmulo de cargos e a falta de autonomia representam obstáculos que se sobrepõe e podem prejudicar a eficácia do trabalho da equipe e de suas ações em saúde. As evidências apontam para uma sobrecarga no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, ocasionada pelo acúmulo das múltiplas atividades assistenciais e gerenciais, o que pode dificultar as ações de planejamento (FERNANDES et al., 2010; WEIRICH et al., 2009).

O trabalho em equipes multiprofissionais na ESF tornou-se fundamental no cuidado em saúde da criança, pois, com o processo de mudança do modelo assistencial no contexto do SUS, ocorreu a ampliação do objeto de trabalho, ou seja, da doença para o indivíduo e sua família. Essa ampliação no objeto de intervenção, para além dos âmbitos individual e clínico, exigiu mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, bem como demanda alta complexidade de ações mediante a interação de diversos saberes e práticas (COSTA et al., 2014).

Na literatura, encontram-se diversas estratégias adotadas para o atendimento à saúde da criança. Sobretudo o uso da Caderneta da Criança, considerada importante ferramenta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, monitoramento da situação vacinal, orientação quanto à alimentação saudável, avaliação do estado nutricional e atendimentos de Puericultura foram as principais ações descritas na literatura técnica e científica (BARATIERI et al., 2014).

A Caderneta de Saúde da Criança, é considerada um instrumento valioso no qual são registrados os dados de identificação, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, da saúde bucal, auditiva e visual, das vacinações, além do registro das intercorrências clínicas. Além disso, a Caderneta traz importantes orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos na infância. Sua utilização permite o registro correto e completo das informações, sendo considerada requisito básico para vigilância e promoção da saúde infantil (BARATIERI et al., 2014).

É recomendado o diálogo com a família sobre as anotações realizadas, bem como o registro dos dados antropométricos nos gráficos avaliativos de crescimento; a observação do desenvolvimento neuropsicomotor, de acordo com tabela padronizada do desenvolvimento infantil conforme a idade da criança e; os registros do esquema vacinal (BARATIERI et al., 2014).

Vários programas fazem parte do modelo de vigilância à saúde da criança, como o de imunização, a detecção de abusos e violência contra a criança, a promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis, o monitoramento de algumas doenças crônicas/congênitas (REICHERT; ALMEIDA; SOUZA; SILVA; COLLET, 2012).

Nesta pesquisa encontrou-se que 83% (15) dos enfermeiros da ESF referiram utilizar indicadores de saúde da criança, 78% (14) consideraram “muito importante” o uso (verificação e monitoramento) de indicadores de saúde da criança e outros 22% (04) consideraram “importante” o uso destes indicadores. A pesquisa realizada por Oliveira e Bezerra (2011) encontrou que 68,8% dos enfermeiros de ESF afirmaram que sempre ou quase sempre utilizam os indicadores no planejamento e na dinâmica de trabalho da equipe. Outros 56,3% disseram que o diagnóstico de área sempre ou quase sempre é realizado para identificar os problemas mais frequentes da população e 75,0% que a implementação das ações sempre ou quase sempre era realizada por meio do acompanhamento da situação de saúde da população, obtida na forma de indicadores (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011).

Neste estudo, do total de entrevistados, 56% referiram encontrar alguma dificuldade no uso de indicadores de saúde da criança. Reichert, Almeida, Souza, Silva e Collet (2012) avaliaram o conhecimento dos enfermeiros sobre aspectos relacionados ao crescimento infantil, considerado um importante indicador de saúde

da criança na ESF, e concluíram que estes profissionais apresentaram conhecimento incipiente, já que a maioria dos pesquisados erraram as questões relacionadas ao conhecimento geral sobre crescimento infantil e análise das linhas da curva do crescimento, contida na caderneta da criança. Estudo da OMS constatou que mais de 80% dos profissionais de saúde de nível superior apresentam dificuldades no uso de curvas e gráficos de crescimento.

O planejamento, monitoramento e avaliação destacam-se como importantes tecnologias organizacionais que permitem a realização de diagnósticos locais e possibilitam a adequação dos processos de trabalho à realidade, considerando as necessidades, dificuldades e possibilidades nas mais diversas ESFs. O uso de indicadores permite aos profissionais e gestores do SUS descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar aspectos de uma determinada realidade (SALA; MENDES, 2011).

Avedis Donabedian, referência internacional em estudos sobre qualidade em saúde, pautou sua tríade na estrutura, nos processos e nos resultados dos serviços (DONABEDIAN, 1980). A estrutura compreende a disponibilidade de equipamentos e materiais, a qualificação e dimensionamento da equipe, recursos financeiros e logísticos bem como a estrutura organizacional do serviço. O processo refere-se à aplicação de conhecimento e tecnologia no processo de cuidar, como são realizadas as atividades administrativas, fluxos, a observação dos protocolos e os aspectos éticos nas relações entre os profissionais e entre estes e os usuários. Os resultados são as mudanças observadas no atendimento prestado à população, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas dos usuários, dos gestores e dos prestadores de serviços (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011; DONABEDIAN, 1980).

6.3 AVALIAÇÃO DA ESF PELOS ENFERMEIROS

No Brasil, a ESF foi definida como estratégia para reorganização do modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2011b). São escassas as pesquisas voltadas para a avaliação organizacional ou de desempenho da APS, apesar de haver consenso sobre a adoção de mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação dos serviços. A avaliação da ESF é uma tarefa que exige a participação de diversas

instituições e profissionais em um esforço coletivo contínuo, devido à amplitude própria da APS (HARZHEIM et al., 2006).

Avaliar o grau de orientação à APS de cada ESF permite a produção de conhecimento sobre sua efetividade e qualidade. Diversos pesquisadores utilizam o PCATool para comparar o grau de orientação à APS de outros modelos de AB que coexistem junto à ESF, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (HARZHEIM et al., 2006). A Tabela 5 apresenta a avaliação da APS por meio do instrumento PCATool, versão profissionais, a partir das experiências dos enfermeiros que atuam na ESF, com os escores de cada atributo da APS.

Tabela 5: Média dos escores dos atributos da APS obtidos pelos enfermeiros da ESF. Araguari-MG, Brasil, 2019.

Atributo	Média dos escores	Desvio padrão	Moda	Mediana	Escala
Acessibilidade	1,66	0,176	1,55	1,61	2,20
Longitudinalidade	2,98	0,139	3,00	3,00	6,60
Integração de Cuidados	3,06	0,174	3,14	3,05	6,96
Sistemas de Informação	3,88	0,153	3,55	3,66	9,60
Serviços disponíveis	3,09	0,082	3,04	3,09	6,96
Serviços prestados	3,35	0,077	3,38	3,38	7,83
Orientação Familiar	2,83	0,134	3,00	2,85	6,10
Orientação Comunitária	2,82	0,089	2,87	2,83	6,06
Score essencial					6,69
Score geral					6,53

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Analisando a Tabela 5, podem ser observados dados descritivos referentes à aplicação do instrumento PCATool, versão profissionais. Os entrevistados atribuíram um escore igual ou maior que 6,6 para a maioria dos itens avaliados (Longitudinalidade, Coordenação - Integração de Cuidados, Coordenação - Sistemas de Informação, Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados). Já os itens Acessibilidade, Orientação Familiar e Orientação Comunitária receberam escores menores que 6,6.

Os escores Geral (6,53) e Essencial (6,69) alcançaram valores insatisfatório e satisfatório, respectivamente. O Escore Essencial denota que a ESF no município é

fonte regular de atenção e fornecedora de práticas de saúde pautadas nos atributos da APS, na percepção dos enfermeiros. No Brasil, foram realizados estudos utilizando a versão para profissionais de saúde do PCATool, com o objetivo de avaliar serviços de APS e comparar unidades da ESF com as UBS. Evidenciou-se, que, de maneira geral, conforme a experiência dos profissionais, a ESF apresenta melhor estrutura e processo de atenção em comparação com as UBS. Nestes estudos, a ESF apresentou Escores Essencial e Geral significativamente maiores do que os atribuídos às UBS. Em todos os atributos, a primeira também obteve maiores escores do que a segunda (CASTRO et al., 2012).

A APS é definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (PENSO et al., 2017; OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

Bárbara Starfield (2002) definiu a APS por meio de elementos estruturantes ou atributos, diferenciados e denominados como essenciais e derivados. Os atributos essenciais são reconhecidos como eixos estruturantes do processo de atenção à saúde associados à qualidade dos serviços, à efetividade e à eficiência das intervenções realizadas. São eles: o acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; a integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde; e a coordenação, que é articulação entre os diversos serviços e ações, de forma sincronizada e em busca de resultados comuns (PENSO et al., 2017; CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017).

Além desses, a autora também define três atributos derivados, que qualificam as ações da APS em orientação centrada na família, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; orientação comunitária, que compreende o reconhecimento das necessidades sociais; e competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017; PENSO et al., 2017; OLIVEIRA E SILVA et al., 2014).

A realização de pesquisas que avaliem os serviços da APS, levando em conta a ótica dos profissionais, é essencial e contribui para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços. Qualidade da atenção à saúde está sendo entendida, no presente estudo, como a presença e a extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da APS (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; CASTRO et al., 2012; STARFIELD, 2002).

Pode ser observado que 100% dos entrevistados atribuíram escores menores que 6,6 (com média 2,20) para o item **Acessibilidade – Acesso de primeiro contato**, o que indica que este atributo necessite de maior atenção dos gestores e profissionais da APS. O acesso à saúde mostra-se limitado, sugerindo dificuldades para marcação de consultas, tempo de espera expandido, acolhimento frágil e instabilidade no pronto atendimento das necessidades mais urgentes. O acesso oportuno aos serviços de saúde ainda é um problema em vários países do mundo, sendo que algumas pesquisas avaliam a satisfação do usuário utilizando itens como agendamento e horário estendido para o atendimento (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017; PENSO et al., 2017).

Starfield (2002) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que os indivíduos cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno destes serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta e vivencia o serviço de saúde. O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atendimento a todos os usuários que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganização do processo de trabalho, transferindo o foco do atendimento médico para o atendimento de uma equipe multiprofissional; (c) qualificação da relação profissional-usuário, pautada na humanização, solidariedade e cidadania (SOUZA, et al., 2008).

O acolhimento representa um importante dispositivo para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe de profissionais e população atendida. Além disso, permite refletir sobre o processo de trabalho e o cuidado integral. Pesquisadores apontam que a ampliação da AB contribui para melhorar a acessibilidade geográfica, porém evidenciou a desproporção entre oferta,

capacidade de atendimento e demanda. Tal fato contribui para a descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos, tanto nas unidades da ESF como nas UBS, considerando as formas de inserção desses serviços no sistema de saúde, sobretudo a articulação da AB com os outros equipamentos da RAS (SOUZA et al., 2008).

Um estudo brasileiro mostrou que muitas situações consideradas urgentes poderiam ter sido resolvidas na APS e que usuários optam por acessar diretamente os serviços de urgência e emergência, justificando essa escolha por valorizarem os serviços de maior densidade tecnológica. Esta perspectiva distorce o conceito de complexidade, no qual a APS é caracterizada como “cuidado básico”, “simples”, “elementar” ou “menos complexo” (COSTA et al., 2014).

Para Costa et al. (2014), a garantia do acesso a serviços assistenciais não implica a efetivação do cuidado em saúde. Nesse sentido, a integralidade preconiza que, além de atividades de promoção, prevenção e tratamentos, a forma como as práticas de cuidado são realizadas nos serviços de saúde também é fundamental para o alcance da resolubilidade do atendimento. Portanto, as ações devem ser realizadas de forma humanizada, considerando e percebendo o usuário como um sujeito e suas subjetividades (COSTA et al., 2014). Pesquisadores também encontraram escores baixos, tanto para os centros de saúde tradicionais como para ESF. Neste estudo, tanto os profissionais quanto os usuários avaliaram o acesso de forma negativa (van STRALEN et al., 2008).

A garantia de atendimento no primeiro contato entre usuário e serviço está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas complexos, diversos e fortemente influenciados pelo contexto social. Neste sentido, a dimensão do acesso representa a maior ou menor facilidade que o usuário encontra para obter uma consulta médica. Apesar de não ser recomendado reduzir a APS à prestação de consultas médicas, não se deve desconsiderar a atenção clínica prestada por estes profissionais de saúde (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

Outros autores apontam em seus estudos que unidades de ESF, muitas vezes, apresentam desempenho semelhante ao modelo tradicional no que se refere à acessibilidade e porta de entrada, revelando diversidade na operacionalização da ESF. Estudos realizados no município de São Paulo e em outros acima de 100 mil

habitantes no Estado de São Paulo também encontraram escores intermediários na avaliação da acessibilidade pelos usuários. Nesse contexto, o acesso é influenciado pela oferta de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação acerca do modelo assistencial (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

Ao analisar-se a acessibilidade, sob o ponto de vista dos usuários, os resultados apontaram para as dificuldades de rápido acesso a outros serviços da APS, fato que pode impactar negativamente na avaliação, sobretudo com relação à resolução de queixas agudas ou subagudas. Quanto aos escores calculados a partir da avaliação, notou-se que a ESF apresentou escores maiores em “primeiro contato”, “acessibilidade” e “longitudinalidade” do que aqueles atribuídos às demais unidades de APS, assim como em outros estudos (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

Ainda no que tange ao acesso aos serviços de saúde, a APS, como serviço de primeiro contato, articulada a outros níveis de atenção, pressupõe a constituição de uma rede integrada de serviços de saúde, funcionando como porta de entrada no sistema para o atendimento, ao longo do tempo, às necessidades e problemas de saúde das pessoas (não relacionados apenas à enfermidade), coordenando ou integrando os outros tipos de atenção, fornecidos em algum ponto do sistema de saúde (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014; MENDES, 2009).

O conceito de resolutividade está associado à resolução final dos problemas apresentados pelos usuários ao serviço e à satisfação desses e dos profissionais. Considera-se resolutividade a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde (COSTA et al., 2014).

A resolutividade dos serviços de APS também está correlacionada à capacidade de identificar riscos, ofertando desde a consulta inicial e demais procedimentos, incluindo o encaminhamento qualificado ao atendimento especializado, quando necessário, até a solução dos problemas de saúde do usuário. Isto inclui o incremento de diferentes tecnologias de cuidado individual e

coletivo, por meio de habilidades clínicas das equipes de saúde (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017).

A expansão da ESF propiciou a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários. Esse fato, todavia, não implica mudança dos processos de trabalho desses profissionais, que, mantendo a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica desenvolvem parcamente os atributos da atenção primária. É certo que a ESF ainda enfrenta graves problemas para definir um novo modelo assistencial no país (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Existem questionamentos sobre a prática cotidiana das equipes e alguns autores afirmam que as estruturas atuais ainda se mantêm atreladas ao modelo biomédico tradicional, com reflexo negativo sobre os resultados dessas equipes. No estudo realizado por Silva e Caldeira (2010) registrou-se uma correlação positiva entre a consolidação do modelo assistencial e as ações de atenção à saúde para a criança, para o adulto e para o idoso, indicando que as equipes com maior adequação ao novo modelo de assistência proposto pela ESF apresentam melhores resultados nas ações de atenção à saúde, traduzidos em maiores escores nas subdimensões avaliadas (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Neste estudo atribuímos uma provável relação entre o baixo escore atribuído à Acessibilidade - acesso de primeiro contato com a inflexibilidade de dias e horários de atendimento das unidades, a agilidade no atendimento prestado, o acolhimento inadequado e à limitada disponibilidade dos profissionais quanto ao atendimento, o que também foi apontado pelo estudo de Penso et al. (2017).

Constatou-se que houve elevados percentuais de avaliações negativas para os itens relacionados ao horário de atendimento aos usuários, com destaque para o item "profissionais da unidade atendem usuários doentes à noite" e ao modo como a população se comunica com o serviço ou com alguma forma de assistência quando este não está em funcionamento, com relevância maior para o item "existe um número para informações quando a unidade está fechada", sendo que esta opção raramente esteve presente (FERREIRA et al., 2016). Na literatura encontram-se evidências de que os entraves veirificados na acessibilidade da APS contribuem para que os usuários procurem os serviços de urgência e emergência para receberem atendimento (FERREIRA et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, procedimentos tais como sutura de um corte, colocação de tala de gesso, remoção de verrugas e remoção de unha encravada podem ser realizados nas unidades de AB. A disponibilização destes serviços na APS reduziria a procura do usuário pelo serviço de urgência e emergência, bem como de especialistas (FERREIRA et al., 2016). Porém, no contexto estudado, observa-se que há importantes limitações na oferta e realização destes serviços. Os achados deste estudo permitiram apontar o que deve ser alterado no serviço de saúde para melhorar o seu impacto, com importante relevância para a disponibilidade de horários alternativos e mais abrangentes, agendas mais flexíveis e ampliação dos canais de comunicação entre profissionais e usuários.

Em contra-partida, identificou-se que os entrevistados avaliaram a **Longitudinalidade** de forma satisfatória, com escore igual 6,6. Neste sentido, a ESF pode ser considerada uma fonte regular de acompanhamento das crianças menores de 2 anos ao longo do tempo. Este estudo sugere que, apesar das dificuldades contextuais dos serviços de saúde, uma vez obtido o acesso pode-se atingir a longitudinalidade, e uma avaliação positiva deste atributo indica a fidelização dos usuários aos serviços. O termo longitudinalidade representa o acompanhamento realizado pelo profissional de saúde e pela eSF, ao longo do tempo, proporcionando importantes impactos no fortalecimento do vínculo e da confiança com os usuários (PENSO et al., 2017).

Para Cubas, Faoro, Moysés e Carvalho (2017) a longitudinalidade, mais que uma continuidade dos cuidados ao usuário por equipe da APS, é uma relação terapêutica construída ao longo do tempo, tanto em casos de doenças como de cuidados preventivos. Como resultados têm-se diagnósticos e tratamentos mais precisos, bem como a redução dos encaminhamentos para especialistas (STARFIELD, 2004).

Outro fato importante ao se considerar a Longitudinalidade é a “continuidade informacional” que, segundo Penso e colaboradores (2017), se dá pelo arcabouço de conhecimento construído em relação aos indivíduos e pelos registros pontuados pela eSF.

Autores apontam que as experiências das pessoas com a continuidade da assistência estão relacionadas diretamente com o recebimento de informações,

confiança e segurança na trajetória do cuidado, bem como um relacionamento de confiança com o profissional (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014). Em relação ao atributo longitudinalidade, em que foi avaliada a relação entre usuário e profissional, neste mesmo estudo houve uma boa avaliação (alto escore) por parte dos usuários da ESF, sendo que o mesmo não foi observado em outro estudo realizado entre os usuários dos demais serviços de APS (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

É reconhecido na literatura que a produção de saúde requer relações de intersubjetividade entre profissionais e usuários, aproximando os serviços disponíveis e o contexto de vida dos usuários (moradia, local de trabalho, espaços comunitários, escolas, entre outros). A presença e extensão do atributo Longitudinalidade é um fator essencial para o serviço de saúde, pois esse atributo tende a valorizar as ações e estratégias realizadas, produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos mais complexos (PENSO et al., 2017; OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

Com relação ao atributo **Coordenação - Integração de cuidados** obteve-se escore igual a 6,96, ou seja, houve uma boa qualidade na prestação dos serviços ofertados. A Coordenação também obteve escore satisfatório no sub-item **Sistemas de Informação** (9,60), o que pressupõe forte presença e extensão destes atributos na coordenação da atenção como um todo, em consonância à proposta da APS como ordenadora da atenção à saúde, com fortalecimento da gestão e continuidade do cuidado (PENSO et al., 2017; CASTRO et al., 2012).

Na dimensão Coordenação – Integração de cuidados, não há diferenças significativas na avaliação de centros de saúde tradicionais e ESF e nem entre a opinião de usuários e profissionais, o que sugere uma coordenação relativamente adequada (van STRALEN et al., 2008). O papel dos prestadores de AB como coordenadora do acesso aos demais níveis envolve responsabilização pela saúde da população, outorga das necessárias autoridades administrativas e financeiras e reconhecimento quanto à essencialidade das funções exercidas pelas equipes de APS (PENSO et al., 2017; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A Coordenação – Integração de cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma sincronizada e em busca de resultados comuns. A literatura descreve uma associação positiva entre

coordenação e continuidade dos cuidados, alta qualidade e aumento da eficiência da atenção em saúde. Sabe-se que os municípios brasileiros enfrentam problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema e tais problemas são encontrados também no caso estudado, como por exemplo, horários pré-definidos e restritos de funcionamento, dificuldade de absorção e manejo da demanda espontânea e resolutividade limitada dos casos atendidos (PENSO et al., 2017; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A ESF configura-se como fonte regular de serviços de saúde ao atender de forma equilibrada as demandas programadas ou espontâneas da população, consegue articular ações de prevenção, tratamento e acompanhamento dos usuários. Estas características sinalizam que a atenção à saúde tornou-se disponível, que a relação entre profissionais e usuários é estável e que o acesso é facilitado. A presença de profissionais de apoio foi considerada um dos diferenciais que facilita a constituição da ESF como serviço de procura regular e contribui para ofertar atenção mais oportuna e resolutiva (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

O atendimento aos grupos prioritários parece estar mais consolidado na APS. A Coordenação de cuidados encontra entraves importantes na atenção aos pacientes crônicos, que requerem maior articulação da RAS. O acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial podem contribuir para a organização do processo de trabalho das eSF para atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolutividade (PENSO et al., 2017; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Ainda no tocante à Coordenação – Integração de cuidados, um estudo recente apontou o serviço especializado foi apontado como fonte regular de atenção à saúde da criança. A escolha de um serviço de média complexidade e densidade tecnológica como referência ao atendimento de um grupo prioritário para a ESF, revela fragilidades das ações e serviços no âmbito da APS (WOLKERS; MACEDO; RODRIGUES; FURTADO; MELLO, 2017). Neste estudo realizado com mães e cuidadores de crianças diabéticas evidenciou-se que a Longitudinalidade, o Grau de Afiliação e a Coordenação referente aos Sistemas de Informação apresentaram forte presença segundo as experiências dos usuários dos serviços. Como coordenadora da rede, a APS tem a função de integração dos serviços, devendo estabelecer os

fluxos dos usuários no sistema de saúde e referências para os serviços especializados, não perdendo o papel importante no acompanhamento e seguimento dos usuários. Nessa perspectiva, é fundamental o fortalecimento da APS e a implementação efetiva das RAS, com foco especialmente nas crianças em situação de vulnerabilidade (WOLKERS; MACEDO; RODRIGUES; FURTADO; MELLO, 2017).

Pesquisa realizada por Costa et al. (2014) considerou que o trabalho efetivo da equipe multiprofissional implica diretamente na resolubilidade das ações de saúde, na busca por solucionar problemas individuais e coletivos da comunidade, contribuindo por aprimorar o atributo Coordenação – Integração de cuidados. Porém alertam sobre as dificuldades apresentadas pelos profissionais quanto à formação de uma equipe completa, às condições de trabalho e à permanência do modelo assistencial com perfil biomédico.

A respeito do atributo Coordenação – Sistemas de informação, outros estudos também encontraram escores altos para este componente em todos os serviços de APS avaliados, utilizando o PCATool, versão profissionais. Tal fato se justifica, em parte, porque a avaliação desse componente envolve a relação da APS com outros níveis de atenção da RAS (CASTRO et al., 2012; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é uma das fontes de dados utilizadas pelo MS como instrumento de monitoramento da ESF e do PACS, como ferramenta de apoio às eSF. O sistema incorporou conceitos específicos advindos da proposta da APS do SUS, como territorialização, responsabilidade sanitária e a micro-espacialização de problemas de saúde possibilitando o diagnóstico demográfico e sócio-sanitário da população, o acompanhamento de grupos prioritários e das famílias da área coberta pela ESF e PACS, além das atividades realizadas pelos profissionais (FRIAS et al., 2012; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

O SIAB apresenta importante marco gerencial para os profissionais da AB, configurando uma nova lógica de produção e de utilização da informação em saúde, com fins de monitoramento e avaliação da APS, contando com informações diversas, tanto relativas ao processo saúde/doença, quanto de caráter administrativo, possibilitando a produção de indicadores capazes de envolver o ciclo

de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas (FRIAS et al., 2012; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Neste sentido, os sistemas de informação na AB propiciam elementos para a análise da situação encontrada na comunidade e no serviço de saúde, fornecendo indicadores (socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, de morbidade, mortalidade e de serviços) subsidiando a busca de possíveis alternativas de resolução e encaminhamento. São, portanto, facilitadores do diagnóstico de saúde, norteando o planejamento e avaliação de ações em saúde das equipes (FRIAS et al., 2012; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012). Sabe-se que o conhecimento dessas informações é de extrema importância para o gerenciamento de todos os níveis de atenção do sistema de saúde, bem como para nortear as ações dos profissionais de saúde (ALMEIDA; FREIRE; LEONEL, 2012; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Neste sentido, os sistemas de informação na AB propiciam elementos para a análise da situação encontrada na comunidade e no serviço de saúde, fornecendo indicadores (de morbidade, mortalidade e de serviços) subsidiando a busca de possíveis alternativas de resolução e encaminhamento. São, portanto, facilitadores do diagnóstico de saúde, norteando o planejamento e avaliação de ações em saúde das equipes (FRIAS et al., 2012).

Pesquisas realizadas com intuito de conhecer a opinião dos profissionais sobre o SIAB evidenciaram possibilidades de utilização dos seus dados no cotidiano das ESF. Os principais achados foram enumerados como instrumento para coleta de dados, instrumento de controle, instrumento de informações e instrumento que auxilia no diagnóstico local. Os entrevistados apontaram o SIAB como um sistema de extrema importância e que facilita a coleta de dados da população pelos profissionais da ESF (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto por Duarte, Tedesco e Parcianello (2012), foi identificado que os profissionais das equipes de ESF compreendem a finalidade do SIAB de produzir informações, no entanto, sua utilização aparece limitada ao registro, não sendo usado como instrumento gerencial básico para o planejamento e avaliação das ações. Dessa maneira, o SIAB é um instrumento útil na identificação e avaliação das famílias, na construção de indicadores de saúde, na

definição de prioridades, na organização do trabalho, na programação local e no direcionamento das visitas domiciliares.

Alguns pesquisadores sinalizam as dificuldades que as eSF encontram para utilizar as informações produzidas e cadastradas no SIAB. Apesar de algumas ações fazerem parte da rotina diária de trabalho dos profissionais, tais como a alimentação do seu banco de dados, com informação das famílias cadastradas e o preenchimento de relatórios, são comuns dúvidas acerca da sua funcionalidade e aplicabilidade no cenário de trabalho. As principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros relacionadas ao SIAB foram listadas como falta de capacitação para trabalhar com o SIAB, falta apoio/assessoria para tirar dúvidas sobre o SIAB, limitações do próprio sistema por falta de atualização e falta de conhecimento dos outros profissionais sobre o SIAB (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Na pesquisa realizada por Almeida, Freire e Leonel (2012), os entrevistados demonstraram conhecimento defasado em relação ao SIAB, embora tenham considerado o sistema importante enquanto ferramenta que contribui para nortear as ações e tomadas em relação à APS. No mesmo estudo, ponderou-se sobre a necessidade da compreensão clara das representações e funcionalidades do SIAB para efetividade do seu uso, sugerindo que a percepção limitada dos profissionais sobre o SIAB pode comprometer sua finalidade e utilização (ALMEIDA; FREIRE; LEONEL, 2012).

No que se refere aos atributos **Integralidade – Serviços disponíveis** e **Integralidade – Serviços prestados**, os escores obtidos foram 6,96 e 7,83, o que indica presença e boa qualidade destes atributos. A variedade de serviços disponíveis deve estar de acordo com a incidência e prevalência das doenças, necessidades de saúde da população e problemas mais comuns na comunidade. Alguns estudos apontam para a existência de grandes distâncias e conflitos entre o que os usuários apresentam como demandas e quais as necessidades de saúde identificadas pelos profissionais (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017; PENSO et al., 2017).

A integralidade é um princípio do SUS que considera as dimensões biológica, cultural e social dos indivíduos, norteador políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Ao garantir este princípio, as práticas de saúde são direcionadas para o usuário-cidadão como

um ser integral, fortalecendo a integração do cuidado (PENSO et al., 2017; FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011).

Considera-se que a integralidade parte do pressuposto da integração dos diferentes níveis assistenciais e que sua operacionalização depende da oferta e da utilização dos serviços em seus diferentes tipos de atendimento. O Ministério da Saúde define a integralidade como a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscritas nos campos da promoção, da prevenção, da cura, da reabilitação e da palição, responsabilizando-se pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (GOMES; FRACOLLI, 2018; BRASIL, 2017).

A integralidade, nesse sentido, inicia-se pela organização dos processos de trabalho na APS, onde se preconiza a assistência multiprofissional, operando por meio de dispositivos, como o acolhimento e o vínculo, em que a equipe se responsabiliza pelo cuidado ao usuário em seu contexto mais amplo (PENSO et al., 2017; COSTA et al., 2014; OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

Poucos estudos foram encontrados na literatura sobre integralidade e a sua compreensão na perspectiva dos enfermeiros. Assim, na ciência da Enfermagem, ao tentar construir indicadores para a avaliação da integralidade dos cuidados prestados no SUS, é preciso incorporar nos estudos a articulação das interfaces entre os saberes epidemiológicos e das ciências sociais, num diálogo participativo e inclusivo entre os atores sociais do sistema de saúde. Isto evidencia que a integralidade é objeto que se presta às abordagens compreensivas e às metodologias participativas de pesquisa (FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011).

Na díade Serviços disponíveis e Serviços prestados, ganha destaque a resolutividade, considerando que o trabalho resolutivo em saúde baseia-se no cuidado corresponsável, em que prevaleça a cooperação entre profissionais e usuários (COSTA et al., 2014). Pesquisadores afirmam que a resolutividade está diretamente relacionada com a satisfação dos usuários e com a qualidade dos serviços. Assim, pode-se dizer que a resolutividade gera satisfação na clientela e na qualidade do atendimento em saúde.

Fracolli, Zoboli, Granja e Ermel (2011) discutem que a Integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde coletiva (preventivas) e as práticas assistenciais. Pontuam também que as intervenções em saúde que tomem por base o conceito de integralidade devem ser orientadas pela humanização do cuidado, que compreende desde o respeito e cordialidade na recepção do usuário, durante todo seu atendimento, até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde (PENSO et al., 2017; FRACOLLI; ZOBOLI; GRANJA; ERMEL, 2011).

Nessa abordagem, compreende-se que as decisões sobre a ampliação da carteira de serviços disponíveis da APS não depende apenas da oferta de serviços e equipamentos pelos gestores, mas de uma equipe capaz de reconhecer as necessidades de saúde da comunidade e estabelecer vínculo com os usuários (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017).

De modo geral, a avaliação da integralidade pelos usuários da ESF se mostrou favorável, bem como a longitudinalidade (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017; OLIVEIRA e SILVA et al., 2014). Quanto à modalidade de serviços, encontrou-se que os usuários não percebem diferença entre centros de saúde tradicionais e unidades da ESF. Entretanto, os profissionais de nível superior atribuem à ESF uma melhoria significativa do elenco de serviços ofertados para a comunidade (van STRALEN et al., 2008).

Enquanto alguns pesquisadores abordam a crise no sistema de atenção à saúde, destacando a fragmentação dos serviços e hierarquização por níveis de 'complexidade', outros recomendam a integração entre os diferentes níveis de atenção e estabelecimento de uma rede assistencial que sustente os fluxos de comunicação e os processos em saúde, reduzindo as falhas em prestar uma atenção contínua e articulada à população. Acredita-se que, dessa forma, a APS assumirá de fato a coordenação da RAS (COSTA et al., 2014).

O atributo **Orientação familiar** obteve escore igual a 6,10, ou seja, houve uma fraca presença e extensão do atributo, o que pressupõe pouca interação entre os profissionais de saúde e a família, sendo o reconhecimento do potencial do contexto familiar de extrema importância para a atenção integral. Nesta pesquisa identificou-se que as ações de saúde voltadas para o contexto familiar se

apresentam fracas e pouco reconhecidas pelos profissionais que prestam serviços de atenção à saúde da criança.

Em uma unidade da ESF, o enfermeiro é responsável por várias atribuições, dentre elas, a consulta à criança menor de dois anos, também denominada de Puericultura. Nestes atendimentos, além de avaliar as condições de saúde da criança, orienta as mães sobre vários aspectos para a promoção da saúde infantil. A consulta de Enfermagem permite ao enfermeiro da ESF estreitar o vínculo com as famílias assistidas, tornando-se fundamental no acompanhamento e no cuidado com a criança. A interação estabelecida entre o profissional e a família é muito importante no sentido de viabilizar a confiança mútua, de modo que o vínculo se fortaleça e aumente ao longo do tempo, estreitando os laços entre a família e o profissional (PENSO et al., 2017; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015).

Salienta-se que uma atenção à saúde com orientação familiar pouco efetiva também pode levar à fragilidade da integralidade. Ao se perceber e conhecer os diferentes contextos de vida dos indivíduos e suas famílias, serão ainda mais efetivos o envolvimento e o compromisso com um cuidado ampliado e integral (PENSO et al., 2017; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015).

No instrumento utilizado, os itens relacionados à orientação familiar estão associados à investigação das práticas desempenhadas pelos profissionais, acerca do estímulo que estes oferecem, em relação à construção conjunta do projeto terapêutico singular. O instrumento também avalia se o profissional e o usuário pensam e refletem juntamente sobre as possíveis doenças presentes no histórico familiar e se ocorre o fornecimento de orientações em relação aos problemas biopsicossociais identificados (PENSO et al., 2017). Neste sentido, fica evidente que a ESF no município pesquisado não oferece atenção de forma integral às famílias assistidas.

O último atributo, **Orientação comunitária**, apresentou escore igual a 6,06, ou seja, houve uma fraca presença e extensão deste atributo nos serviços avaliados. Esses dados sugerem que os serviços de saúde em questão têm dificuldades em reconhecer as especificidades de saúde da comunidade e possuem entraves na relação com a população adscrita. Ressalva-se que a orientação comunitária pode promover o planejamento e a avaliação, mostrando uma postura voltada aos

atendimentos programados e ao cuidado continuado em contraposição à demanda espontânea (PENSO et al., 2017; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015).

A PNAB destaca o vínculo entre as equipes de APS e a população adscrita como um dos princípios deste nível de atenção. Pode ser compreendido como relações interpessoais, estabelecidas ao longo do tempo entre usuário e profissional de saúde, caracterizadas por confiança, responsabilidade e partilha de compromissos (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015). Ações como visitas domiciliares possibilitam maior vigilância em saúde, fortalecimento de vínculos, atividades educativas e identificação de situações de risco (PENSO et al., 2017). Esses achados estão de acordo com outros estudos no contexto da saúde da criança.

A operacionalização da orientação comunitária no âmbito da ESF permite o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, e facilita a análise situacional dessas necessidades numa perspectiva populacional para a integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (GOMES; FRACOLLI, 2018).

Quanto ao enfoque familiar e à orientação comunitária, estes estão mais presentes na ESF do que nas UBS e trata-se de uma diferença significativa. Entretanto, chama a atenção o escore baixo atribuído pelos usuários (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015; van STRALEN et al., 2008). Em relação à orientação comunitária, o instrumento aplicado verifica a existência de visita domiciliar pela eSF, além de buscar aferir o conhecimento dos profissionais, sobre os problemas de saúde da população adscrita no território de saúde, se o serviço atende às sugestões e opiniões dos usuários e se monitora e/ou avalia a efetividade dos programas desenvolvidos (PENSO et al., 2017).

Em diferentes estudos, a ESF apresentou escores maiores e estatisticamente significativos nos atributos “Acessibilidade - acesso de primeiro contato”, “Longitudinalidade”, “Integralidade - serviços prestados”, “Orientação familiar” e “Orientação comunitária” em comparação com unidades tradicionais. Em contrapartida, os atributos “Integralidade - serviços disponíveis”, “Coordenação – integração de cuidados” e “Coordenação – Sistemas de informação”, não apresentaram diferença relevante entre os serviços avaliados (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015; CASTRO et al., 2012; van STRALEN et al., 2008).

Na opinião e experiência dos profissionais de saúde, existe diferença significativa nos escores “acesso de primeiro contato”, “orientação familiar” e “orientação comunitária” a favor da ESF (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2015; CASTRO et al., 2012; van STRALEN et al., 2008). Leão et al. (2011) em estudo realizado com cuidadores de crianças, observaram que a maioria dos cuidadores apontam a ESF como principal responsável pelo cuidado da saúde infantil, enquanto que 22,3% das crianças, mesmo cadastradas na ESF, informaram outros serviços como referência de acompanhamento. Nesta mesma pesquisa, foi utilizada a versão infantil do PCATool, que obteve Escore Geral significativamente mais elevado nas crianças que tinham a ESF como fonte regular de atenção à saúde do que naquelas que utilizavam outros tipos de serviço.

6.4 A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF SOBRE INDICADORES DE QUALIDADE

Segundo Hauser et al. (2013) e Harzheim et al. (2006) o instrumento PCATool, versão profissionais é uma ferramenta que possibilita identificar, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços de APS com adequada validade e confiabilidade. Contudo, por ser um instrumento quantitativo restringe aspectos subjetivos da atenção à saúde e da assistência prestada. Com o objetivo de avaliar a atenção à saúde da criança na ESF no presente estudo de caso, identificar e descrever os indicadores de qualidade específicos das crianças menores de dois anos na ESF e avaliar a percepção do enfermeiro sobre os indicadores de qualidade, apontando os principais aspectos da atuação no gerenciamento das UBSF, realizou-se também uma etapa da pesquisa com abordagem metodológica qualitativa.

Para apresentação dos resultados desta etapa qualitativa, selecionaram-se as ECH advindas dos GFs, apreenderam-se as IC e construíram-se os DSC, que a seguir foram discutidos. O Quadro 03, a seguir, apresenta o primeiro DSC construído a partir das ECH acerca do significado dos indicadores na atenção à saúde da criança.

Quadro 03 – **Discurso 1** do Sujeito Coletivo.

“Para você, o que significa indicadores na atenção à saúde da criança?”

ECH: São metas que devem ser cumpridas pelas equipes e pelo município; indicadores são dados importantes do trabalho realizado nas unidades; são para avaliar a qualidade dos serviços, se são resolutivos; tem várias formas de medir um indicador, cada equipe avalia de uma forma dependendo da realidade.

IC: Indicadores de atenção à saúde podem ter diversos significados.

DSC: *Indicadores são dados e metas apresentados de formas distintas que servem para avaliar a qualidade e resolutividade dos serviços. Podem variar de acordo com a realidade de cada população ou grupo.*

Fonte: dados da pesquisa.

O Quadro 04, abaixo, apresenta o segundo DSC formulado a partir das ECH obtidas sobre a principal atividade/ação direcionada às crianças menores de dois anos cadastradas nas unidades da ESF pesquisadas. O Quadro 05, a seguir, apresenta o terceiro DSC elaborado a partir das ECH referentes aos indicadores de qualidade utilizados pelos enfermeiros da ESF na atenção à saúde da criança.

Quadro 04 – **Discurso 2** do Sujeito Coletivo.

“Qual a principal atividade/ação direcionada às crianças menores de dois anos na sua unidade?”

ECH: Puericultura e suas diversas ações; Consultas médicas de Puericultura semanais; Puericultura semanalmente; Verificação de peso, altura, vacinas e alimentação.

IC: No atendimento à criança menor de dois anos na ESF a principal atividade/ação realizada é a consulta médica de Puericultura.

DSC: *No atendimento à criança menor de dois anos na ESF a principal atividade/ação realizada é a consulta médica de Puericultura, onde são feitos o acompanhamento do crescimento, da situação vacinal e da alimentação da criança.*

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 05 – **Discurso 3** do Sujeito Coletivo.

“Quais os indicadores voltados para a atenção à saúde da criança menor de dois anos, você utiliza?”

ECH: Proporção de crianças acompanhadas na Puericultura; Porporção de

crianças com vacinas em dia; Proporção de crianças de risco elevado acompanhadas por visita domiciliar do enfermeiro; média de consultas realizadas por mês para as crianças menores de 02 anos; taxas de imunização; cobertura vacinal; avaliação da amamentação e alimentação complementar; relação médico/paciente para atendimentos da criança; quantidade de consultas disponíveis para total população infantil.

IC: Não há consenso ou padronização do emprego de indicadores na atenção à saúde da criança.

DSC: *São diversos os indicadores utilizados na atenção à saúde da criança. Aqueles empregados com maior frequência são os dados da cobertura vacinal, das consultas de Puericultura e da alimentação da criança.*

Fonte: dados da pesquisa.

Finalmente, o Quadro 06, a seguir, apresenta o quarto e último DSC construído a partir das ECH referentes às dificuldades encontradas no emprego de indicadores de qualidade voltados para a atenção à criança menor de dois anos.

Quadro 06 – **Discurso 4** do Sujeito Coletivo.

“Há dificuldades no uso de indicadores na sua prática? Comente”.

ECH: áreas descobertas pela ESF; falta de recursos humanos (pessoal de Enfermagem); sobrecarga de trabalho; excesso de funções burocráticas; falta de organização para planejar os atendimentos.

IC: Existem dificuldades encontradas na prática profissional do enfermeiro no que se refere ao uso de indicadores.

DSC: *As principais dificuldades encontradas na prática profissional do enfermeiro no que se refere ao uso de indicadores são a escassez de profissionais, atrelada à sobrecarga de trabalho e excesso de atividades administrativas e burocráticas.*

Fonte: dados da pesquisa.

6.5 INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS SIGNIFICADOS NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF

Ao serem questionados sobre o significado dos indicadores na atenção à saúde da criança, obteve-se o seguinte DSC: *“Indicadores são dados e metas apresentados de formas distintas que servem para avaliar a qualidade e resolutividade dos serviços. Podem variar de acordo com a realidade de cada população ou grupo”*.

Avaliar a qualidade nas organizações de saúde, apresenta-se como um desafio para gestores e trabalhadores, considerando a necessidade de desenvolvimento de padrões de qualidade mensuráveis. Diante do exposto, destaca-se a importância da inserção da visão qualitativa no processo de avaliação em saúde, numa perspectiva de complementaridade à visão quantitativa (PAES et al., 2015; VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Os indicadores de saúde representam uma forma de avaliação que busca medir o estado de saúde da população para garantir o papel efetivo do cuidado, tanto na APS quanto nos demais níveis de atenção. Segundo a OPAS, os indicadores proporcionam o estabelecimento de políticas públicas específicas e mais bem adequadas às reais necessidades de saúde da população (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012). Os indicadores correspondem a um instrumento básico para organização e programação de ações em saúde, por meio de dados válidos e confiáveis que possibilitam a análise objetiva da situação sanitária e disponibilização de informações em saúde.

Os indicadores adotados em um determinado serviço de saúde permitem auxiliar a identificação e a condução da atenção dos profissionais para situações específicas, bem como identificar problemas de qualidade e consolidar a avaliação e o planejamento, com vistas à organização e à coordenação dos serviços (BITTAR, 2001).

Os indicadores representam importantes ferramentas no trabalho gerencial, possibilitando o reconhecimento da realidade das equipes de saúde e seus territórios. Soárez, Padovan e Ciconelli (2005) apontam os indicadores como metas a serem alcançadas, que norteiam o planejamento e implementação de ações vislumbrando ao alcance de objetivos. Indicadores de saúde também podem ser traduzidos como medidas, taxas e razões elaboradas a partir de dados coletados no cotidiano de trabalho objetivando sintetizar o efeito dos diferentes determinantes sobre a saúde de uma população.

Nesta perspectiva, os indicadores podem ser empregados na melhoria da gestão e da qualidade da assistência oferecida. Contudo, salientam que é necessário que um indicador esteja associado a uma meta, tornando-se útil quando é definido a que resultado final esta meta se propõe (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Os indicadores também podem ser definidos como ferramentas usadas para fornecer informações precisas dos serviços prestados. No SUS, foram implantados nos serviços de saúde e necessário compreender seu uso para visualizar os desafios a serem enfrentados no cotidiano da saúde. Além da implantação dessa ferramenta, é necessário um processo de aceitação, adaptação e avaliação dos profissionais a favor da qualificação dos indicadores adotados e do serviço, visando à qualidade do atendimento e à satisfação do usuário (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012; SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Por tanto, ao se pensar em indicadores de saúde, é necessário conhecer a dinâmica demográfica, o perfil epidemiológico e os determinantes sociais da população avaliada. A partir daí, é possível identificar os principais problemas e agravos que acometem as famílias e que são prioridades nas ações de controle, prevenção e promoção em um dado território (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

Os indicadores de saúde aplicados na ESF referem-se a um procedimento de avaliação e monitoramento da qualidade da atenção, sobretudo do processo de trabalho das equipes, sua relação com a população adscrita. Além disso, permitem avaliar a integralidade, embasando intervenções pontuais e coletivas, contribuem na orientação ao usuário, na prevenção e tratamento de doenças, na avaliação da morbimortalidade, favorecendo um acompanhamento direcionado à área de abrangência, aproximando o usuário e as equipes de saúde, com intuito de melhorar a qualidade de vida da população (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012; SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

O uso de indicadores possibilita aos profissionais monitorar e avaliar os eventos que acometem a população e refletir as condições de risco à saúde advindas de condições ambientais e sociais, tendo por consequência a qualidade da atuação dos profissionais de saúde e dos processos organizacionais que atendem

às demandas dos usuários, suas famílias e comunidade (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos enfermeiros da ESF possui algum conhecimento a respeito dos indicadores de saúde e, muitas vezes, conseguem transmiti-lo por meio de exemplos vivenciados na sua prática. Estes achados estão de acordo com a literatura científica que acrescenta que, além de monitorar e orientar ações, trabalhar com indicadores de saúde corresponde à construção de vínculo com o usuário, à mudança de foco para a dimensão do sujeito, garantindo a integralidade, visando a ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos, de tratamento e de reabilitação (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012; SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Percebe-se que os entrevistados conseguem expressar uma noção de ferramenta, assim como verificado na literatura, ao sinalizar a existência de “*dados e metas*” e de sua importância para avaliação dos serviços e disponibilização de dados, no sentido de contribuir no planejamento de ações e na assistência prestada (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012; SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

É importante ressaltar que a crescente demanda por informações em saúde pelos diferentes atores, gestores, profissionais e usuários, bem como a expansão dos sistemas de informação da AB contribuem para a integração e aprimoramento dos processos gerenciais e assistenciais. Destaca-se que neste contexto, a disponibilização de informações sobre as medidas de saúde (incluindo as taxas de mortalidade e morbidade), surtos de doenças, determinantes da saúde (tais como ambiente e nível socioeconômico), acesso, cobertura, qualidade dos serviços e custos são fundamentais para compor indicadores da ESF (LIMA, 2015; MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

As informações em saúde procuram refletir o processo saúde/doença, as condições de vida da população e as informações administrativas de interesse para os serviços de saúde, possibilitando um conhecimento ampliado da realidade sanitária da população. Os indicadores de saúde refletem o quadro real das condições de saúde de uma população. Sua utilização pode orientar os gestores de saúde no planejamento e controle das atividades locais (LIMA, 2015).

Apesar da grande evolução verificada na obtenção, processamento e disponibilidade das informações em saúde, quer seja pela ampliação do número de sistemas de informação, pelo aprimoramento da tecnologia de informática, e também pelo desenvolvimento de competências para utilizar esses sistemas, pesquisas recentes também mostram que a utilização do sistema de informações em saúde para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões no nível local continua incipiente (LIMA, 2015; MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

Verifica-se na literatura que os gestores ainda utilizam pouco os sistemas de informação no planejamento e controle de suas unidades, sendo justificado pelo conhecimento limitado sobre tais sistemas e como podem ser usados. Na visão dos pesquisadores, os gestores percebem os sistemas de informações em saúde como um instrumento técnico-burocrático, cuja única interação com suas unidades é representada pelo esforço em alimentar os dados solicitados (LIMA, 2015; MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012).

Os mesmos pesquisadores alertam que em diversas situações, as ações de saúde são planejadas com base no atendimento a demanda espontânea dos usuários (LIMA, 2015), o que pode influenciar negativamente na avaliação dos serviços da ESF.

Na literatura são apontados vários elementos que distinguem a APS prestada pela ESF da atenção prestada por unidades de saúde tradicionais. Nesta concepção, merecem destaque a delimitação da área de abrangência com adstrição de clientela, ênfase na ação da eSF em oposição à ênfase na assistência médica, planejamento e organização da demanda, ênfase na atenção integral e enfoque familiar (van STRALEN et al., 2008). Diversos estudos nacionais e internacionais têm evidenciado que a APS, sobretudo a ESF tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde, reduzindo gastos totais, facilitando e assegurando melhoria no acesso aos serviços de saúde, promovendo a qualidade global da atenção, fortalecendo as ações preventivas, facilitando a detecção precoce de problemas e reduzindo internações hospitalares (LIMA, 2015; MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012; van STRALEN et al., 2008).

Estudos realizados no Brasil apontam para a mesma direção, destacando a ESF como fundamental para a melhoria no acesso e com resultados positivos na situação de saúde. Estudos longitudinais evidenciaram impacto positivo sobre a

saúde da população, associando o aumento na cobertura da ESF com a redução nas taxas de mortalidade, principalmente devido à prevenção de mortes por diarreia; e revelando impacto positivo na saúde da criança, reduzindo taxas de mortalidades infantil e neonatal, melhorando o acesso e ampliando a cobertura da assistência pré-natal (van STRALEN et al., 2008).

6.6 CONSULTA MÉDICA DE PUERICULTURA: PRINCIPAL ATIVIDADE NO ATENDIMENTO À CRIANÇA MENOR DE DOIS ANOS NA ESF

Ao se questionar qual a principal atividade/ação direcionada às crianças menores de 02 anos na sua unidade, o DSC formulado com base na fala dos enfermeiros foi: *“No atendimento à criança menor de 2 anos na ESF a principal atividade/ação realizada é a consulta médica de Puericultura, onde são feitos o acompanhamento do crescimento, da situação vacinal e da alimentação da criança.”*

A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar programas educativos e preventivos de saúde. As ações programáticas de atenção à saúde da criança são um conjunto de atividades que visam a organizar as estratégias e as respostas dos serviços de saúde a determinadas necessidades e agravos frequentes nesta população, propiciando maior acesso aos recursos de saúde e maior qualidade da atenção. A participação ativa da família, sobretudo pais ou responsáveis pelas crianças, é fundamental para otimizar as ações desenvolvidas pela eSF, considerando que aqueles costumam apresentar inadequados conhecimentos sobre os cuidados com a saúde da criança (SCHWENDLER et al., 2017).

Em uma unidade de APS, especialmente na ESF, o enfermeiro é responsável por várias atribuições. Merece destaque a consulta à criança menor de dois anos, também denominada de Puericultura, na qual o enfermeiro orienta os pais sobre vários aspectos para a promoção da saúde infantil. Essa consulta permite ao enfermeiro da ESF estreitar o vínculo com as famílias assistidas (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

A Puericultura representa uma importante estratégia de acompanhamento e cuidado preventivo na atenção à saúde da criança, previsto através de um calendário de consultas. Por meio desta intervenção é possível orientar e promover

ações de promoção da saúde e de bem-estar infantil, facilitando a detecção precoce de problemas de saúde e oportunizando seu tratamento de forma eficaz (BARATIERI et al., 2014).

A Consulta de Enfermagem em Puericultura consiste em uma estratégia de promoção da saúde por meio de ações educativas, que se desvelam por meio da avaliação do enfermeiro e desenvolvimento de competências e habilidades. O enfermeiro é fundamental na realização da Puericultura, expandindo sua atuação para além da aferição de dados vitais e medidas antropométricas (BARATIERI et al., 2014).

Ao desenvolver a Puericultura, o enfermeiro realiza uma sequência de etapas direcionadas ao atendimento das necessidades integrais de saúde da criança, observando seu crescimento e desenvolvimento, com ênfase nas orientações de cuidado direcionadas à família. A qualidade dos registros feitos pelos enfermeiros favorece a avaliação clínica e a aplicação do Processo de Enfermagem, destacando o papel do profissional e contribuindo para a sistematização da sua prática (BARATIERI et al., 2014).

A interação estabelecida entre o profissional e a família é extremamente importante no sentido de viabilizar a confiança mútua, de modo a potencializar o fortalecimento do vínculo, fidelizando a família e a comunidade ao profissional. O estabelecimento desse vínculo, ao mesmo tempo em que advém do convívio entre enfermeiro, família e comunidade, mostra-se como condição fundamental para que a consulta de enfermagem obtenha êxito e repercussão positiva sobre o cuidado com a criança e com a comunidade (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

O contato das crianças com o serviço de saúde é realizado por meio de seus responsáveis, principalmente a mãe e, como amplamente conhecido, envolve no geral consultas de rotina para acompanhamento de desenvolvimento, visitas domiciliares de rotina por agentes de saúde e consultas médicas por problemas de saúde imediatos ou emergenciais. Estes dados confirmam a opinião expressa pelos enfermeiros da ESF, dando destaque à consulta médica como principal ação/atividade direcionada às crianças (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

A literatura sobre AB e ESF no Brasil foi marcada durante longo tempo por estudos de caso cujas análises trazem evidências de avaliação sobre o desempenho da ESF. Neste aspecto, não há consenso sobre uma vantagem na qualidade do

atendimento da ESF comparada a outros serviços de APS, salvo alguns indicadores de acesso, orientação familiar e orientação para a comunidade (SCHWENDLER et al., 2017; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

Alguns estudos mencionam a vinculação da população à ESF de forma satisfatória. Um estudo apontou a posse e o preenchimento da Caderneta da Criança como principal forma de vinculação entre criança e eSF (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013). As principais ações de Enfermagem verificadas no acompanhamento do lactente são os registros antropométricos (como peso, comprimento/estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, registros sobre desenvolvimento, tipo de alimentação, imunização e se houve orientações registradas aos pais ou responsáveis.

As medidas antropométricas são fundamentais para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, sendo que sua verificação periódica é imprescindível para que ocorra a identificação precoce de alterações e sejam realizadas intervenções mais precisas e eficazes, garantindo assim qualidade de vida e saúde da criança (BARATIERI et al., 2014).

Acompanhar o desenvolvimento é de fundamental importância na Puericultura, com vistas a detectar precocemente atrasos e déficits, para que intervenções e encaminhamentos oportunos sejam realizados, evitando comprometimento mais significativo no desenvolvimento infantil. Também recebem destaque as imunizações, que constituem uma das principais linhas de cuidado a serem monitoradas pela equipe de saúde, sobretudo na eSF, promovendo busca-ativa imediata dos faltosos (BARATIERI et al., 2014).

Pesquisa realizada por Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010) denotou a percepção positiva dos cuidadores de crianças sobre seus estado de saúde. Neste mesmo estudo, as condições de acesso dos usuários foram avaliadas de forma positiva, tendo a grande maioria chegado a pé e gasto menos de dez minutos no deslocamento, sugerindo a proximidade dos serviços aos locais de moradia. A grande maioria frequentou ao menos uma vez ao médico, embora em grande parte sem agendamento prévio da consulta. A maior parte das consultas ocorreu por queixas ou sinais clínicos e não pelo cumprimento de protocolos de prevenção. A satisfação manifestada pelos usuários quanto aos médicos, aos agentes de saúde,

aos profissionais de enfermagem e ao conjunto dos serviços foi elevada (SCHWENDLER et al., 2017; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

Como pontos negativos, cerca de um terço dos informantes relatou a ausência de visita domiciliar no último ano, dificuldades na realização de exames laboratoriais e de imagem e irregularidades no fornecimento de medicamentos. Estes pontos críticos observados sugerem que a ESF, apesar de bem avaliada para o atendimento rotineiro, enfrenta importantes dificuldades em promover o acesso dos usuários aos demais serviços da RAS, mesmo os de baixa complexidade (RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010).

6.7 INDICADORES NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: AUSÊNCIA DE CONSENSO OU PADRONIZAÇÃO

A respeito de quais indicadores são utilizados pelos enfermeiros da ESF voltados para a atenção à saúde da criança menor de dois anos, obteve-se o DSC: *“São diversos os indicadores utilizados na atenção à saúde da criança. Aqueles empregados com maior frequência são os dados da cobertura vacinal, das consultas de Puericultura e da alimentação da criança.”*

A década de 1990 foi caracterizada pela forte expansão do cuidado primário de saúde por meio do SUS e de programas de AB, tais como o PACS e PSF, atual ESF. Esses programas contribuíram para a redução da mortalidade infantil, particularmente nos municípios mais pobres (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Diversos estudos publicados tiveram como objetivo avaliar os efeitos da ESF sobre a utilização dos serviços de saúde e sobre alguns indicadores de saúde (ANDRADE et al., 2015).

Encontra-se bem descrito que foram observadas melhorias no acesso aos serviços de saúde, com destaque para o cuidado pré-natal, cobertura vacinal e acesso a medicamentos. Outros trabalhos identificaram efeitos positivos e significativos da ESF na redução da mortalidade, principalmente a infantil, e hospitalizações evitáveis por cuidado ambulatorial (SCHWENDLER et al., 2017; ANDRADE et al., 2015; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

O Brasil é marcado por uma tripla carga de doenças (doenças agudas, crônicas e causas externas), com predomínio de doenças crônicas (MENDES,

2009). Apesar da adoção da ESF e da predominância das doenças crônicas no quadro sanitário do país, o modelo de sistema de saúde vigente ainda é voltado para a atenção a condições agudas. Sabe-se que o modelo de atenção direcionado para intervenção nas condições agudas não é capaz de sustentar resultados satisfatórios ao lidar com condições crônicas. A equidade é um dos princípios fundamentais do SUS e a ESF mostrou-se como uma via capaz de garantir a materialização deste pilar (ANDRADE et al., 2015). Observa-se um padrão de equidade que favorece as famílias com menor perfil de renda, uma vez que evidencia a capacidade de ofertar serviços de saúde junto àqueles que mais necessitam.

O acesso aos serviços de saúde é fundamental para uma assistência eficiente e para a redução das desigualdades, o enfoque à inacessibilidade de alguns grupos populacionais é essencial para a tomada de decisão sobre a localização e dimensão dos serviços (ANDRADE et al., 2015; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Os serviços de saúde no Brasil concentram-se nas áreas urbanas, capitais e zonas centrais, em detrimento das zonas rurais, das áreas mais pobres e periféricas. Disso decorre, juntamente com fatores socioeconômicos e culturais, grande desigualdade na oferta e maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde. A ampliação da APS no Brasil possibilitou maior acesso da população aos serviços básicos de saúde. Contudo, uma maior integração das ações desenvolvidas pela ESF e o modelo de assistência do sistema municipal de saúde permanecem como um desafio para a redução da mortalidade infantil (ANDRADE et al., 2015; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; BRASIL, 2011b).

Avaliar o desempenho dos serviços da APS e seu impacto na saúde da população oportuniza a que os gestores orientem a implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde. Em estudo realizado por Cubas, Faoro, Moysés e Carvalho (2017), os indicadores “percepção do usuário”, “ampliação da carteira de serviços”, “formação e educação profissional” e “ambiência e comunicação com a comunidade” foram considerados os mais relevantes. Sabe-se que a adequação da estrutura física e a melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos podem contribuir para uma assistência de qualidade à saúde da população. Tais indicadores refletem, sem desconsiderar outros, importantes atributos da APS, como o acesso, a longitudinalidade, a orientação centrada na família e a coordenação da atenção (CUBAS; FAORO; MOYSÉS; CARVALHO, 2017).

Existem evidências sobre a associação entre a maior cobertura da ESF e indicadores como menor mortalidade infantil e maior promoção da equidade maior adequação da ESF, assim como oferta e utilização de ações de saúde, além de maior qualidade da atenção ao pré-natal e à puericultura (CASTRO; KNAUTH; HARZHEIM; HAUSER; DUNCAN, 2012). Conforme apresentado por Magalhães, Ferreira e Corrêa (2012), os indicadores de saúde que os gestores relataram como sendo os mais importantes para o planejamento em suas unidades foram número de pessoas com hipertensão, com diabetes, com vacinação em dia, número de casos de tuberculose e hanseníase, o número de exames de Papanicolaou e número de gestantes acompanhadas (MAGALHÃES; FERREIRA; CORRÊA et al., 2012). O Quadro 07 abaixo sintetiza os principais indicadores de atenção à saúde da criança identificados na literatura, destacando aqueles que estão em conformidade com as recomendações do MS.

Quadro 07 – Principais indicadores de atenção à saúde da criança identificados na literatura.

Indicadores de Estrutura
1. Cobertura da ESF
2. Consultas médicas básicas por habitante, por ano
3. Acesso aos serviços de saúde
Indicadores de Processo
1. Taxas de vacinação
2. Número de procedimentos realizados
Indicadores de Resultados
1. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)
2. Percentual de nascidos vivos por cesárea.
3. Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal
4. Coeficiente de mortalidade infantil.
5. Coeficiente de mortalidade neonatal.
6. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A maioria dos indicadores de qualidade voltados para saúde da criança referem-se ao cuidado com doenças específicas (por exemplo, Cetoacidose diabética, Asma, reações anafiláticas, Crises convulsivas, Traumatismo cranioencefálico grave e Sepsis). No programa *Medicaid* dos EUA, os indicadores de qualidade utilizados para avaliar os cuidados primários à saúde da criança foram as

taxas de vacinação, o acesso aos serviços de saúde, a segurança na prescrição de medicações, os encaminhamentos para especialidades e os procedimentos realizados (GIL, 2014).

Ainda de acordo com Gil (2014), produzir indicadores de qualidade da APS para as crianças é viável, embora seja considerada uma tarefa difícil. Em um universo abrangente de indicadores de qualidade da APS para crianças e adolescentes, desenvolvido nos EUA em 2007, foram levantados 175 indicadores (abrangendo sobretudo condições clínicas específicas como manejo da Acne, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Rinite alérgica, Asma, Depressão, Diarreia, febre, Infecção do trato urinário e outras infecções).

Um estudo brasileiro envolveu diversos indicadores, dentre eles a cobertura vacinal, número de internações por diarreia e por doença respiratória, mortalidade infantil e incidência de baixo peso ao nascer. Esses indicadores focam, sobretudo, em questões relacionadas às ações de promoção e controle de saúde decorrentes do contato das crianças com os serviços de APS. Sala e Mendes (2011) constataram que 34% das unidades qualificadas como ESF não faziam vacinação. Entre outras questões são também apontadas a inexistência de mecanismos e padrões definidos de referência e contrarreferência entre a AB e outros níveis de saúde, o excesso de internações evitáveis, a baixa qualidade do acompanhamento pré-natal, tornando fundamental o melhor conhecimento e a avaliação da situação da AB e seus resultados, permitindo assim a elaboração de novas medidas para seu aperfeiçoamento (SALA; MENDES, 2011).

O coeficiente de mortalidade infantil, bem como os componentes neonatal e pós-neonatal, apresentaram tendência de redução sem variações importantes. As séries históricas dos indicadores selecionados mostraram não só uma evidente expansão da oferta de APS, mas um aumento na qualidade das ações (SALA; MENDES, 2011). Estes autores sugerem ainda a distinção entre Indicadores de estrutura da APS (Cobertura da ESF e número de consultas médicas básicas por habitante, por ano, utilizando como indicador da oferta de atenção básica nos municípios em qualquer dos modelos de APS, PSF ou UBS tradicional); Indicadores de desempenho da APS (Percentual de nascidos vivos por cesárea; Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal; Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)); e

Indicadores de estado de saúde (Coeficiente de mortalidade infantil; Coeficiente de mortalidade neonatal; Coeficiente de mortalidade pós-neonatal) (SALA; MENDES, 2011).

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) representam um conjunto de problemas de saúde, tais como afecções perinatais, asma, pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, infecção dos rins e trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo) dentre outras doenças infecciosas, que podem ser efetivamente controladas no âmbito da APS, reduzindo as indicações de internações hospitalares por esses problemas (SANTOS et al., 2015; PAZÓ et al., 2014).

As ICSAP constituem um indicador de resultado utilizado para avaliar a acessibilidade e a eficácia dos cuidados primários de saúde, que pretende, a partir da atividade hospitalar, servir de medida da efetividade da APS. Além disso, elevados coeficientes de hospitalizações por CSAP podem indicar diminuição na garantia de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Trata-se, portanto, de uma medida indireta para se avaliar a APS. A maior parte das hospitalizações por CSAP foi de crianças com idade entre um e quatro anos e do sexo masculino. As principais causas foram pneumonias bacterianas, doenças pulmonares, gastroenterites infecciosas e complicações. Consultas preventivas, vacinas e puericultura adequada estão associadas ao menor risco de hospitalizações por CSAP (SANTOS et al., 2015; PAZÓ et al., 2014).

Considerando que a vacinação é um importante meio protetor contra enfermidades, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, tem grande responsabilidade no que se refere à vacinação infantil. Esta estratégia pode interferir no processo saúde/doença de forma eficiente, direcionando suas ações na promoção da vacinação e na educação em saúde dos pais/ responsáveis pela criança, ocasionando maiores coberturas vacinais. Pesquisas evidenciam que ações como incentivo ao aleitamento materno exclusivo, orientações adequadas aos pais e cuidadores sobre os cuidados com a criança, reduzem significativamente as taxas de hospitalizações por agravos respiratórios e doenças diarreicas (SANTOS et al., 2015; PAZÓ et al., 2014).

Houve associação entre maior risco de internações hospitalares por CSAP com o percentual de analfabetismo, proporção de leitos SUS, urbanização e cobertura de plano de saúde. Observa-se, com isso, que há também determinantes das ICSAP que implicam no padrão de utilização dos serviços e estão fora do escopo da atenção primária (PAZÓ et al., 2014).

As mortes por essas causas também são consideradas evitáveis por estarem relacionadas a uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e aos aspectos organizacionais do modelo de atenção à saúde. As investigações das características das hospitalizações de crianças por CSAP podem fornecer evidências científicas úteis para avaliação dos indicadores de qualidade da assistência e resolubilidade dos serviços de saúde, uma vez que atenção primária de qualidade pode reduzir ou até mesmo evitar as hospitalizações por essas causas (SANTOS et al., 2015; PAZÓ et al., 2014).

Investimentos nos processos de implantação, implementação e acompanhamento da estratégia AIDPI podem melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbimortalidade infantil, uma vez que todos os países que a adotaram, como metodologia de atendimento à criança, obtiveram melhoras significativas na qualidade da atenção e redução de hospitalizações infantis por CSAP. Considerando que a literatura nacional tem enfatizado a estreita relação entre cobertura da APS e a magnitude do indicador internações por CSAP, entende-se que as políticas de saúde no município estudado devem se voltar, especialmente, para a ampliação da ESF e o fortalecimento qualitativo das ações de atenção primária à saúde (SANTOS et al., 2015; PAZÓ et al., 2014).

É fundamental que as crianças tenham acesso garantido nos serviços de APS e recebam atenção integral e resolutiva, sobretudo, nas condições que podem ser prevenidas e tratadas em nível primário de cuidado, minimizando as necessidades de internações hospitalares por estas causas (SANTOS et al., 2015).

6.8 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS

Finalmente, ao procurar conhecer se há dificuldades na utilização de indicadores obteve-se o seguinte DSC: “As principais dificuldades encontradas no

uso de indicadores na prática do enfermeiro são a falta de profissionais, atrelada à sobrecarga de trabalho e excesso de atividades administrativas e burocráticas.”

A avaliação dos serviços de saúde tem se tornado uma preocupação contínua dos órgãos de gestão pública no Brasil, em especial na APS. Em relação ao monitoramento e à análise de indicadores, a maioria das eSF afirma adotar essa atividade, com elevado percentual de utilização na sistematização e organização do processo de trabalho na APS (CARVALHO et al., 2017). O estímulo à expansão da ESF, que fomentou o acesso aos mais diversos serviços de saúde, também evidenciou problemas diretamente ligados à crise do setor saúde, como limitações orçamentárias decorrentes da falta de financiamento, desvalorização profissional e ausência de um sistema de encaminhamento que integrado entre os diferentes níveis assistência à saúde (CARVALHO et al., 2017; MENDES, 2009).

Diversas propostas foram implementadas e/ou fomentadas pelo governo federal com vistas a qualificar o SUS, com base em ferramentas de planejamento. Entre elas, podemos listar a Sala de Situação em Saúde, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) e, mais recentemente, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (CARVALHO et al., 2017).

O PMAQ-AB propõe a utilização de estratégias, ou dimensões (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional), como táticas de indução ao aperfeiçoamento das ações envolvendo todos os atores, sejam gestores da saúde, profissionais da saúde ou membros da comunidade (CARVALHO et al., 2017).

Em concordância com os achados deste estudo, em outras pesquisas e na opinião dos gestores dos serviços de saúde, observam-se dificuldades e limitações para uma utilização mais efetiva das informações em saúde, considerados importantes indicadores dentro dos serviços. Entre elas a ineficiência ou lentidão dos sistemas, o número reduzido de profissionais, a falta de capacitação periódica e a reduzida integração entre os sistemas. Na percepção dos gestores, esses itens deveriam ser contemplados para o aprimoramento institucional dos sistemas de informação, favorecendo o uso mais efetivo dos indicadores de saúde (CARVALHO et al., 2017; LIMA, 2015).

Pode-se ressaltar que os dados e indicadores da APS, apesar de frequentemente utilizados e observados nas reuniões das eSF, são pouco empregados para nortear a tomada de decisões e a qualificação dos serviços e ações de saúde. Considera-se então que a não utilização dessa estratégia atribui fragilidade às ações, pois o planejamento se tornará inexistente ou inconsistente diante da ausência de embasamento da realidade em que se deseja intervir, visto que apenas monitorar não garante os avanços necessários (CARVALHO et al., 2017; LIMA, 2015).

Mostra-se necessário estruturar a RAS, tornando-a um sistema gerencial profissional que coordene os instrumentos disponíveis e garanta o planejamento, o controle e o aprimoramento de cada processo (MENDES, 2009).

7 CONCLUSÕES

Neste estudo, considerando a opinião e experiência dos enfermeiros da ESF, a APS foi avaliada como satisfatória, apresentando escores maiores nos atributos “Longitudinalidade”, “Integralidade - serviços prestados”, “Integralidade - serviços disponíveis”, “Coordenação – integração de cuidados” e “Coordenação – Sistemas de informação”. Já os atributos “Acessibilidade - acesso de primeiro contato”, “Orientação familiar” e “Orientação comunitária” receberam escores que indicam presença e extensão insatisfatórias de acordo com os princípios que norteiam a APS.

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção à saúde na microrregião. Porém, alguns atributos, como Acessibilidade, Orientação familiar e Orientação comunitária, na experiência dos profissionais, precisam ser melhorados. Em todos os serviços avaliados, na experiência dos profissionais, existem atributos que precisam ser melhorados, como pode ser observado em relação ao “acesso de primeiro contato”, que recebeu os menores escores em todos os serviços, de maneira que investir na estrutura e no processo de atenção relativos a esse atributo deve ser prioridade para a qualificação da APS no município.

A perspectiva dos enfermeiros da ESF também permitiu inferir que indicadores de atenção à saúde podem ter diversos significados. Na ESF, a consulta médica de Puericultura como principal atividade realizada no atendimento à criança menor de 2 anos. A pesquisa qualitativa também possibilitou apreender que não há consenso ou padronização do emprego de indicadores na atenção à saúde da criança e que ainda existem dificuldades na adoção de indicadores durante a prática profissional do enfermeiro.

Os dados apresentados e discutidos neste estudo estão limitados à população estudada impossibilitando a generalização dos resultados para outros contextos e populações. A escassez de estudos sobre o tema o torna relevante para repensar e reformular ações e políticas públicas, para gestão do cuidado entre instâncias superiores, gestores, profissionais e usuários.

Outra limitação consiste em apresentar a avaliação a partir dos profissionais, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado ou a

avaliação dos usuários. Finalmente, esta é uma pesquisa avaliativa, transversal, sujeita às limitações próprias desse tipo de delineamento.

Pesquisas posteriores, que busquem avaliar os serviços de APS no município, com base na experiência de usuários e gestores, por meio de metodologias quantitativas ou qualitativas, podem contribuir para a ampliação e aprofundamento dos resultados encontrados neste estudo. É importante verificar as opiniões dos usuários acerca do acesso, da integralidade e da continuidade do cuidado em saúde e analisar as dificuldades que os serviços de saúde apresentam ao oferecer soluções para os problemas de saúde da população.

A partir dessas considerações, apresenta-se o desafio para que as equipes envolvidas no estudo e a gestão municipal consigam impactar de modo positivo a avaliação dos atributos da APS. Acredita-se que essa pesquisa contribui sinalizando quais atributos da APS é preciso avançar para o alcance de uma assistência de qualidade. Diante da magnitude e relevância do tema, sugere-se a realização de novos estudos aplicando-se o PCATool na versão para usuários adultos e na versão criança, proporcionando maior arcabouço de informações que poderão subsidiar, compor e confrontar outras práticas avaliativas dos serviços de APS.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
2. ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. Mortalidade infantil e acesso ao parto. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.
3. ALMEIDA, G.B.S.; FREIRE, M.R.; LEONEL, M. Sistema de informação da Atenção Básica: a percepção de enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 515-521, 2012.
4. ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
5. ANDRADE et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.6, p.1175-1187, 2015.
6. ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
7. ANATOLE, M.; et al. Nurse mentorship to improve the quality of health care delivery in rural Rwanda. **Nursing Outlook**, v. 61, n. 3, p. 137-144, 2013.
8. ANTUNES, M.J.M; FELLI, V.E.A. **Enfermagem e gestão do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica de Saúde**. In: E.G.V. (org.) PROENF: GESTÃO. Porto Alegre: Artmed/Panamericana. 2011. p.9-64.
9. BARATIERI, T.; SOARES, L.G.; BOTTI, M.L.; CAMPANINI, A.C. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Rev Enferm UFSM**. v. 4, n. 1. p. 206-216, 2014.
10. BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v.3, n. 12, p. 21-28, 2001.
11. BORGES, C.D.; SANTOS, M.A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Rev. Soc. Psicoterapias Analíticas Grupais do estado de São Paulo**, v. 6, n. 1, p.74-80, 2005.
12. BRASIL. **Indicadores** - orientações básicas aplicadas à gestão pública. Brasília: Ministério do Planejamento, 2012a. 64p. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/servicos/central-de-conteudos/publicacoes/121003_orient_indic_triangular.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

13. _____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Editora MS, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2017.
14. _____. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. **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)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 jul. 2017.
15. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Editora MS, 2012b. (Série E, Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
16. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 149, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 3 nov. 2017.
17. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde**. [Internet]. Brasília: MS; 2011b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria2488_21_10_2011.pdf . Acesso em 21 Jul. 2016.
18. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção em Saúde, Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** [acesso em 2018 Jan 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
20. CAMPBELL, S.; ROLAND, M.; BUETOW, S. Defining quality of care. **Soc Sci Med.**, v. 51, p. 1611-25, 2000.
21. CARVALHO et al. Utilização de monitoramento e análise de indicadores na APS. **SANARE**, v.16, n.1, p. 67-73, 2017.

22. CASSADY, C.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.; BERK, R.; NANDA, J.; FRIEDENBERG, L. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, p.998-1003, 2000.
23. CASTRO, R.C. L. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2017.
24. CORRÊA, A.C.P.; ARAÚJO, E.F.; RIBEIRO, A.C.; PEDROSA, I.C.F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., v. 14, n. 1, p. 171-80, 2012.
25. COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELO S, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate Rio de Janeiro**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.
26. CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. **Grupos focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, 2002.
27. CUBAS, M. R.; FAORO, N. T.; MOYSÉS, S. T.; CARVALHO, D. R. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde Debate**, v. 41, n. 113, p. 471-485, 2017.
28. DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment structure, process and outcome**. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment an monitoring. Michingan (USA): Health Administration Press; 1980. p.77-125.
29. DUARTE, M.L.C.; TEDESCO, J.R.; PARCIANELLO, R.R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 4, p.111-117, 2012.
30. ESPÍNDOLA, P.S.; LEMOS, C.L.S.; REIS, L.B.M. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 367-375, 2011.
31. FELDMAN, L.B.; CUNHA, I.C.K.O.; D'INNOCENZO, M. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 841-850, 2013.
32. FERNANDES, M.C.; BARROS, A.S.; SILVA, L.M.S.; NÓBREGA, M.F.B.; SILVA, M.R.F.; TORRES, R.A.M. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 1, p. 11-5, 2010.
33. FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, 2005.

34. FERREIRA, V.D. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Rev. Esc Anna Nery**; v. 20, n. 4, e20160104, 2016.
35. FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 164.
36. FRACOLLI, L.A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.
37. FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.F.; ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011.
38. FRIAS, P.G. et al. Avaliação da notificação de óbitos no SIAB. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 12, n. 1, p. 15-25, 2012.
39. GABRIEL, C.S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 19, n. 5, p. 1247-1254, 2011.
40. GIL, P.J. Primary care quality indicators for children: measuring quality in UK general practice. **British Journal of General Practice**, p. 752-57, 2014.
41. GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 108 p.
42. GOMES, V.L.O.; TELLES, K.S.; ROBALLO, E.C. Grupo focal e Discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. Anna Nery**, v. 13, n. 4, p. 856-62, 2009.
43. GOMES, M.F.P.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-13, 2018.
44. GOULART, F.A. de A. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007.
45. HAGGERTY, J.; BURGE, F.; LEVESQUE, J.F.; GASS, D.; PINEAULT, R.; BEAULIEU, M.D.; et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. **Ann Fam Med.**, v. 5, p.336-44, 2007.
46. HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.; STEIN, A.; CUNHA, C.; GONCALVES, M.; TRINDADE, T. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Serv Res**, v.5, n.156, 2006.
47. HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cad Saude Pública**, n. 22, v. 8, p. 1649-59, 2006.

48. HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M.R.; OLIVEIRA, M.M.C.; TRINDADE, T.G.; AGOSTINHO, M.R.; HAUSER, L. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf. Acesso em 30 jan 2018.
49. HAUSER, L.; CASTRO, R.C.L.; VIGO, A.; TRINDADE, T.G.; GONÇALVES, M.R.; STEIN, A.T. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244-55, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821). Acesso em 1 dez. 2017.
50. KRUEGER, R.A. Developing questions for focus groups. **Focus groups**. SAGE Publications, 1998.
51. KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 88-91, 2006.
52. KURCGANT, P.; MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 539-544, 2008.
53. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-74, 2011.
54. 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 Saude Mater Infant**. v. 11, n. 3, p. 323-34, 2011.
55. LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A.M.C. **O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
56. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liberlivro; 2005.
57. LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A.M.C.; MARQUES, M.C.C Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-204, 2009.
58. LIMA, A.F.C.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 234-239, 2009.

59. LIMA, A. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p. 61-71, 2015.
60. MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv Res.**, n. 38, p. 831-65, 2003.
61. MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E.S.; SÁ, P.K. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**, v. 19, p. 303-17,2004.
62. MAGALHÃES, A.C.F.; FERREIRA, A.L.; CORRÊA, L.P. et al. Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 1, p. 31-42, 2012.
63. MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
64. MANT, J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 6, p. 475-480, 2001.
65. MARSIGLIA, R.M.G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.
66. MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M.J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 3, p. 472-8, 2006.
67. MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848p.
68. MINAYO, M. C. S. (org.); GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social- teoria, método e criatividade.** 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
69. MINAYO, M.C.S. organizadora. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
70. MORGAN, D.L. **The focus group guide-book.** Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
71. NASCIMENTO, C.C.P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 16, n. 4, p. 746-751, 2008.

72. NEPOMUCENO, L.M.R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** (*online*), v. 42, n.4, p. 665-72, 2008.
73. OLIVEIRA E SILVA, C.S.; et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.11, p. 4407-4415, 2014.
74. OLIVEIRA, W.M.A.; BEZERRA, A.L.Q. Autoavaliação da estratégia saúde da família por Enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 20-5, 2011.
75. PAES, L.G.; BELLATO, T.M.S.; MACHADO, B.P.; LIMA, S.B.S. O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm UFSM**. v. 5, n. 1, p. 40-49, 2015.
76. PAZÓ, R.G. et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p.1891-1902, 2014.
77. PENSO, J.M.; PÉRICO, E.; OLIVEIRA, M.M.C.; STROHSCHOEN, A.A.G.; CARRENO, I.; REMPEL, C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.
78. PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; ALMEIDA, M.C.P.; MATUMOTO, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 5, p. 771-7, 2009.
79. PINHEIRO, A.L.S. Gerência de enfermagem em unidades básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 262-70, 2009.
80. PREFEITURA DE ARAGUARI. 2017. Apresenta informações e serviços da Prefeitura de Araguari. Disponível em: <<http://www.araguari.mg.gov.br/secretarias>>. Acesso em: 21 dez. 2017.
81. POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
82. REICHERT, A.P.S.; ALMEIDA, A.B.; SOUZA, L.C.; SILVA, M.E.A.; COLLET, N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 114-26, 2012.
83. REIS, C.B.; ANDRADE, S.M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência a saúde da mulher na rede básica. **Ciênc Saúde Coletiva**., v. 13, n. 1, p. 61-70, 2008.
84. RESSEL, L. B.; BECK, C.L.C; GUALDA, D.M.R.; HOFFMANN, I.C.; SILVA, R.M.; SEHNEM, G.D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto**

- **enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400021&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 21 dez. 2017.
85. RIBEIRO, J.M.; SIQUEIRA, S.A.V.; PINTO, L.P.S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 517-527, 2010.
86. SALA, A.; MENDES, J.D.V. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.912-926, 2011.
87. SAMICO, I.; HARTZ, M.Z.A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E.F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v. 5, n. 2, p. 229-240, 2005.
88. SANTOS et al. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 171-9, 2015.
89. SCHWENDLER, A. et al. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 201-207, 2017.
90. SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract.**, v. 50, p. 161-175, 2001.
91. SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, 1187-1193, 2010.
92. SOÁREZ, P.C.; PADOVAN, J.L.; CICONELLI, R.M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Rev. Adm. Saúde**, v. 7, n. 27, p. 57-64, 2005.
93. SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p.100-10, 2008.
94. SOUZA, M.G.; MANDU, E.N.T.; ELIAS, A.N. Perceptions of nurses regarding their work in the Family Health Strategy. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 772-9, 2013.
95. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726p.
96. _____. Primary Care: concept, evaluations and policy. Oxford UniPress, New York. 1992.
97. _____. Primary Care: is it essential? *Lancet*, v. 344, p. 1129-33, 1994.

98. STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for the Primary Care Assessment Tools**. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.
99. van STRALEN, C.J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. 148-158, 2008.
100. TEIXEIRA, J.D.R.; CAMARGO, F. de A. TRONCHIN, D.M.M. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 2, p. 271-8, 2006.
101. TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, n. 24, Supl. 1, p. 193-201, 2008.
102. TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 dez. 2017.
103. VIEIRA, A.P.M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 11-15, 2010.
104. VILLAS BÔAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p. 1355-360, 2008.
105. WEIRICH, C.F.; MUNARI, D.B.; MISHIMA, S.M.; BEZERRA, A.L.Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto & Contexto Enferm.** v. 18, n. 2, p. 249-57, 2009.
106. WOLKERS, P.C.; MACEDO, J.C.; RODRIGUES, C.M.; FURTADO, M.C.; MELLO, D.F. Atenção primária à criança com diabetes mellitus tipo 1: perspectiva de cuidadores. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 5, p. 451-7, 2017.
107. YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE – DOUTORADO -

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto/Pesquisa: *“Avaliação da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família: uma abordagem dos indicadores de qualidade na percepção dos enfermeiros”*

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo *“Avaliação da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família: uma abordagem dos indicadores de qualidade na percepção dos enfermeiros”*.

O aprimoramento dos processos de assistência e de avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pela estratégia Saúde da Família a crianças menores de 2 anos pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada na Puericultura. A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de se adotar instrumentos e estratégias gerenciais que visem garantir resultados positivos e melhor qualidade da assistência.

Assim, nossos objetivos são avaliar as ações de atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família e a percepção do enfermeiro sobre os indicadores de qualidade. Além disso, identificar e descrever os indicadores de qualidade específicos das crianças menores de 2 anos no município de Araguari-MG, apontando os principais aspectos da atuação do enfermeiro no gerenciamento das unidades.

Caso você aceite participar, de forma livre e anônima, serão realizados alguns encontros em grupos com profissionais da sua categoria e que exercem as mesmas funções. Nestes encontros, serão feitas algumas perguntas sobre você, sobre o seu trabalho e sobre o tema principal da nossa pesquisa. As datas, local e horário serão informados previamente, sem quaisquer prejuízos à sua jornada de trabalho. Posteriormente, será agendada uma data e local de sua preferência para ser respondido um Questionário contendo informações sobre as ações desenvolvidas na sua unidade voltadas para a atenção à saúde da criança. Você poderá solicitar todas as informações que quiser sobre a pesquisa, sendo devidamente informado/esclarecido pelos pesquisadores responsáveis. Poderá recusar a sua participação ou mesmo retirar seu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Sua participação no estudo é voluntária, não havendo qualquer tipo de remuneração ou outro benefício. Os pesquisadores garantem que não haverá quaisquer despesas ou custos para você relacionados à participação. Todos os participantes da pesquisa terão garantidos seu anonimato, de forma que você não será identificado em nenhum momento. Os pesquisadores também se comprometem a manter sigilo quanto às informações e depoimentos obtidos que não estejam contemplados nos objetivos e questões do estudo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE – DOUTORADO -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto/Pesquisa: *“Avaliação da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família: uma abordagem dos indicadores de qualidade na percepção dos enfermeiros”*

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, *“Avaliação da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família: uma abordagem dos indicadores de qualidade na percepção dos enfermeiros”*, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ____/____/_____.

 Assinatura do participante

 Documento (CPF/RG)

 Assinatura do pesquisador/Doutorando

 Assinatura do pesquisador/ Orientador

Contatos dos pesquisadores:

Pesquisador/ Doutorando: João Paulo Assunção Borges. Telefone: (34) 3690-3004. E-mail: enf_joaopaulo@yahoo.com.br

Pesquisadora/ Orientadora: Ana Lúcia de Assis Simões. Telefone: 3318-5484.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE – DOUTORADO -

Apêndice B – Questionário para coleta de dados

Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA ABORDAGEM DOS INDICADORES DE QUALIDADE NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

INICIAIS: _____ Sexo: () M () F
Idade: _____ anos

Formação	Instituição	Ano de conclusão
Graduação		
Especialização		
Mestrado		
Doutorado		
Pós-doutorado		

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família: _____

Tempo de atuação na unidade atual: _____

Você exerce qual (is) atribuição (ões):

- () coordenação
() assistência
() referência técnica

Sua unidade adota indicadores de qualidade? () sim () não

Você considera importante o uso de indicadores na atenção primária?

- () muito importante () importante () pouco importante () indiferente

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ARAGUARI



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE – DOUTORADO -
 Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440

Memorando/2017/Pós-Graduação em Atenção à Saúde/Instituto de Ciências da Saúde/
 Universidade Federal do Triângulo Mineiro

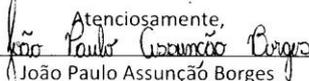
Uberaba, 10 de Janeiro de 2018

Assunto: Pedido de autorização para pesquisa

1. Solicitamos, respeitosamente, autorização para “realizar a coleta de dados por meio de entrevista em grupo e individual dos profissionais enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família” como parte da pesquisa : “Avaliação da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família: uma abordagem dos indicadores de qualidade na percepção dos enfermeiros”, sob a responsabilidade de “João Paulo Assunção Borges (pesquisador/doutorando)” “Ana Lúcia de Assis Simões (pesquisadora/orientadora)”. Os objetivos dessa pesquisa são “avaliar as ações de atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família e a percepção do enfermeiro sobre os indicadores de qualidade. Além disso, identificar e descrever os indicadores de qualidade específicos das crianças menores de 2 anos no município de Araguari-MG, apontando os principais aspectos da atuação do enfermeiro no gerenciamento das unidades”. Para atingirmos os resultados dessa pesquisa necessitaremos “realizar entrevista em grupo, aplicar questionário socio-demográfico e instrumento validado denominado *Primary Care Assesment Tool* (PCATool) – versão profissionais” com dados coletados juntos aos participantes “profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, em exercício”. A coleta de dados será realizada pelo próprio pesquisador, em sala, data e horário previamente agendados, sem prejuízo das atividades desenvolvidas pelos profissionais, no seu local de trabalho, como parte da metodologia proposta para alcance dos objetivos propostos no projeto da pesquisa.

2. Salientamos que esta autorização é indispensável para a submissão do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, órgão responsável pela apreciação ética em pesquisa com seres humanos. E conforme prevê a Resolução 466/12 CNS, a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação do referido comitê.

3. Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,


João Paulo Assunção Borges
 Enfermeiro, Doutorando em Atenção à Saúde.
 3690-3004/3226-9236/9222-2433

De acordo com a realização da pesquisa:

deferido

indeferido

Registene Pires da Cunha A.
 Coordenadora de Atenção Primária à Saúde
 S.M.S. ARAGUARI-MG

Assinatura do Responsável da instituição

Araguari-MG, 21/01/18

ANEXO 1 – INSTRUMENTO PCATool, VERSÃO PROFISSIONAIS



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool Brasil – Profissionais de saúde

A – 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
A1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2. Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

A8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

B – 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
B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4. Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6. Você acha que os seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7. Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9. Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

B10. Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?

4 3 2 1 9

B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?

4 3 2 1 9

B12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?

4 3 2 1 9

B13. Você sabe sobre todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?

4 3 2 1 9

C – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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. O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5. Quando os seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você conversa com o seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES
Entrevistador – para a próxima pergunta 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. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. O prontuário do paciente está sempre disponível quando você o atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?					
D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. Listas de problemas nos prontuários dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. Outro(s). Especifique: _____					

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
E1. Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3. Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4. Avaliação da saúde bucal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (álcool, cocaína, remédios para dormir)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13. Colocação de tala (para tornozelo torcido)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E14. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (Teste Papanicolau)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex: em estado de coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente (curativos, troca de sondas, banho na cama)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
F1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Segurança no lar (como guardar medicamentos com segurança)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?

F4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9. Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10. Como prevenir queimaduras (causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11. Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12. Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13. Cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?

F14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança para crianças nos carros	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)" com a sua família.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
G1. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex: genéticos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex: perda de emprego)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Discussão sobre condições de vida (ex: refrigerador em condições de funcionamento)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Discussão sobre as funções parentais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Avaliação de sinais de abuso infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12. Avaliação de sinais de crise familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3. Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Seu serviço de saúde pode adaptar serviços ou programas de saúde em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex., DSTs, TB)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Taxas de imunização da comunidade	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H9. Informações clínicas do próprio serviço (nº de gestantes, nº de pacientes hipertensos, nº de pacientes c/ TB)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Outro. Especifique: _____					
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H11. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. "Feedback" (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H14. "Feedback" (retorno das informações) da equipe de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H15. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H16. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H17. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H18. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H19. Outro. Especifique: _____					

Seu serviço de saúde utiliza alguma das seguintes atividades para alcançar as populações da comunidade que atende?

H20. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H21. Vínculos com serviços/organizações religiosas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H22. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitários	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H23. Agentes comunitários ou membros do conselho gestor/conselho distrital de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H24. Outro. Especifique: _____					