

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROSÂNIA DE LOURDES ARAÚJO

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF: ESTUDO COMPARADO
ENTRE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAL E A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA

2013

ROSÂNIA DE LOURDES ARAÚJO

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF: ESTUDO COMPARADO ENTRE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Aprovado em 03 de junho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa – Presidente
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem – Membro externo
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro – Membro interno
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça – Suplente
Universidade de Brasília

Ao meu pai, Francisco Alexandre de Araújo (in memoriam), que mesmo sem entender o que significaria este “novo degrau” para a minha carreira, ficaria tão orgulhoso como só ele mesmo sabia ficar. (...) e essa é Rosânia, médica e agora também mestre, lá em Brasília... Saudade do Sr., meu pai.

Às minhas filhas Elisa, Laís e Carla, com muito orgulho.

AGRADECIMENTOS

As minhas filhas, Elisa, Laís e Carla, pela oportunidade de vivenciar a experiência de ser mestres juntas.

A Luciani, colega muito querida de mestrado, obrigada por tantos momentos compartilhados. Impossível esquecer as aventuras da pesquisa de campo, as nossas discussões, e tantas coisas mais. Não sei se teria conseguido sem o seu apoio.

Meu agradecimento eterno a Consuelo pelo companheirismo, dedicação e persistência na coleta de dados e a Rackynelly, sua valiosíssima ajuda na análise dos dados quantitativos, foi fundamental.

Aos meus amigos Evanildo e Madalena, pelas contribuições direta ou indiretamente.

As mães pelas suas preciosas contribuições.

Aos profissionais de Taguatinga e Riacho Fundo II, pela disponibilidade em colaborar com esse estudo.

Aos colegas do HRAN, pelo apoio e compreensão, em especial a Neide amiga querida e companheira na luta em defesa da criança no DF.

A Secretaria de Estado de Saúde do GDF, por me liberar por um ano para desenvolver o estudo e em especial ao grupo da Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas de Saúde (DCVPIS), e à Gerência de Monitoramento e Avaliação (GEMA) da Subsecretaria de APS.

Aos gestores e técnicos das regiões administrativas de Taguatinga e Riacho Fundo II, por permitirem que os seus serviços fossem avaliados e pelo apoio.

Grata ao CENTEIAS-UNB, pela liberação dos pockets e por sua equipe genial, João Paulo, Grasi, Raelma, Wewerton e pelos demais.

Ao Prof. Dr. Natan Monsores, por me apresentar ao NVIVO e pela delicadeza e disponibilidade quando precisei e a Prof. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça pelo prazer em ensinar e pela sabedoria na arte de compartilhar conhecimentos. E pelo apoio, sempre.

Aos professores Dr. Rafael Mota Pinheiro e Dra. Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem, e Ana Valéria Machado Mendonça por aceitarem compor a minha banca de avaliação e pelas valiosas contribuições ao estudo como um todo.

Ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UNB, foi muito importante por um tempo participar do seu grupo, muito obrigada a todos.

A minha orientadora, Prof.^a Maria Fátima de Sousa, agradeço por acreditar e oferecer tantas oportunidades. E mais que tudo, pela oportunidade de aprender muito sobre Atenção Primária à Saúde.

E por último, agradeço ao mestre Paramahansa Yogananda e especialmente a Deus, por tudo.

“(...) a compreensão da realidade social se faz por aproximação e de que é preciso exercitar a disposição de olhá-la por vários ângulos”.

(Cecília Minayo)

“Be still and know that I am God”.

(Salm's)

RESUMO

Este estudo analisa o desempenho dos serviços das Unidades Básicas de Saúde em duas Regiões Administrativas no Distrito Federal, no cumprimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde, com foco no cuidado integral à saúde da criança. A presença dos atributos estruturantes da Atenção Primária - Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação - e seus atributos derivados - Orientação Centrada na Família e a Orientação para Comunidade - estão associados à qualidade dos serviços, à efetividade e à eficiência de suas intervenções. A atenção integral à saúde da criança é considerada área estratégica de responsabilidade da Atenção Primária, portanto essencial nas atividades das equipes da Estratégia Saúde da Família, e a presença e a extensão desses atributos, nas Unidades Básicas de Saúde, são fundamentais para assegurar a qualidade dessa atenção. Os atributos estudados são comparados na perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde de Unidades Básicas Tradicionais e da Estratégia Saúde da Família. Como método optou-se pela combinação de métodos quantitativo e qualitativo. Os dados foram coletados por meio de um inquérito transversal, através do Instrumento PCATool – Brasil, aplicado a 34 profissionais e 377 usuários e por entrevistas aplicadas a uma subamostra de 16 profissionais. A coleta ocorreu no período de junho a setembro de 2012, em 13 Unidades Básicas de Saúde, em duas Regiões Administrativas, Taguatinga e Riacho Fundo II, com distintos modelos organizativos. Observou-se que, na percepção dos usuários, existe de certa forma insatisfação quanto à Atenção Primária à Saúde nas duas Regiões Administrativas estudadas. Quanto aos atributos isolados, o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação ainda são limitados na base conceitual e operacional, nos dois modelos de serviços estudados. Ambos ainda demandam um maior aprofundamento em seus processos organizativos e em suas práticas, de forma a assegurar o cuidado integral à saúde da criança, em suas inter-relações, mediadas pelos complexos processos do cuidar no contexto da Atenção Primária no Distrito Federal.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Acesso aos serviços de saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This paper analyses the performance of primary health care facilities in two administrative areas of the Federal District, in the attainment of the Primary Care Assessment with a focus on the comprehensive care to child health. The presence of the Primary Health Care structuring attributes: Access, Longitudinality, Comprehensiveness and Coordination, and its derivatives attributes: Family Centered Orientation and Community Centered Orientation are associated with the quality of the service and the effectiveness and efficiency of the intervention. The comprehensive attention to child health is considered a strategic area under the responsibility of the Basic Health Unit, therefore essential in the activities of the Family Health Strategy team, and the presence and extension of these attributes in the health units is fundamental to assure a quality care. The attributes considered are compared from the perspective of the users and the health professionals of the Traditional Basic Units and the Family Health Strategy. The analysis is carried out with a combination of a qualitative and quantitative method. The data was acquired throughout a transversal survey that uses the PCATool – Brasil, applied with 34 professionals and the 377 beneficiaries, as well as through interviews with a subset of professionals. This was done between June and September 2012 in 13 Basic Health Units in two administrative areas, Taguatinga and Riacho Fundo II, with distinct organization models. We observed that in the perception of the beneficiary there is an unsatisfaction with the Primary Health Care in the two studied areas. As far as the isolated attribute – access, longitudinality, comprehensiveness and coordination – the results showed that they are still limited in a conceptual and operational basis in the two service models studied. These two models of service still require a deepening in their organizational process and in their practices in order to assure a comprehensive care to child health in its interrelations measured by the complex process of caring in the context of the Basic Assessment in the Federal District.

Key words: Primary Health Care; Family Health; Health Service Accessibility; Health Service Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1:	Organização administrativa do sistema de saúde do Distrito Federal.....	28
Figura 1:	Classificação das categorias de análise em macro categorias e categorias.....	43
Figura 2:	Desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde na avaliação dos cuidadores de crianças e dos profissionais médicos e enfermeiros nas Unidades Básicas Tradicionais e com a Estratégia Saúde da Família de duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores sociais e de saúde do Distrito Federal e das Regiões Administrativas de Taguatinga e Riacho Fundo II – 2010.....	32
Tabela 2: Número de referências e frequências de citações de itens relacionados às categorias pelos profissionais dos dois modelos de Atenção Primária à Saúde, de duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.....	44
Tabela 3: Características gerais das crianças e cuidadores entrevistados nos serviços de saúde em duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.....	46
Tabela 4: Características dos profissionais dos serviços de saúde em duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.....	48
Tabela 5: Avaliação de desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde na avaliação dos cuidadores de crianças e dos profissionais médicos e enfermeiros das Unidades Básicas Tradicionais e com a Estratégia Saúde da Família de duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS: Atenção Básica à Saúde

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AP: Atenção Primária

APS: Atenção Primária à Saúde

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CEP: Conselho de Ética em Pesquisa

CF: Constituição Federal

CGC: Coordenações Gerais de Saúde

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CS: Centro de Saúde

CST2: Centro de Saúde de Taguatinga N°2

DAB: Departamento de Atenção Básica

DCVPIS: Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde

DODF: Diário Oficial do Distrito Federal

ESF: Estratégia Saúde da Família

GDF: Governo do Distrito Federal

HBDF: Hospital de Base do DF

HRAN: Hospital Regional da Asa Norte

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

NAISC: Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NESP: Núcleo de Estudos em Saúde Pública

NUSC: Núcleo de Saúde da Criança

OMS: Organização Mundial da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PFS: Programa Família Saudável
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PSC: Programa Saúde em Casa
PSF: Programa Saúde da Família
PSR: Posto de Saúde Rural
PSU: Posto de Saúde Urbano
RA: Região Administrativa
RAS: Rede de Atenção à Saúde
SAPS: Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde
SES: Secretaria de Estado de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS: Unidade Básica de Saúde
UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família
UBT: Unidade Básica Tradicional
UnB: Universidade de Brasília
UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 MARCO TEÓRICO.....	21
3 O DISTRITO FEDERAL COMO CENÁRIO DE ESTUDO.....	27
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 O ESTUDO QUANTITATIVO.....	34
4.1.1 Descrição do PCATool.....	34
4.1.2 Critério de inclusão e aplicação do questionário.....	35
4.1.3 Definição da amostra de crianças e análise estatística.....	36
4.2 O ESTUDO QUALITATIVO.....	38
4.2.1 Amostra de profissionais para avaliação qualitativa.....	38
4.2.2 O trabalho de campo do estudo qualitativo.....	39
4.2.3 Técnica de análise.....	40
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1 Características da amostra de crianças e profissionais.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	74
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS.....	75
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	76
APÊNDICE D - CONVITE FEITO AOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DE TAGUATINGA E RIACHO FUNDO II.....	77
APÊNDICE E - SOLICITAÇÃO A DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ASA NORTE PARA UTILIZAÇÃO DO CSB13 COMO PROJETO PILOTO.....	78
ANEXO A - MANUAL DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – PCATOOL.....	79
ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – PCATOOL Versão - Criança/Cuidador.....	81

ANEXO C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA -	
PCATool Versão - Profissionais de Saúde.....	95
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	110

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em junho de 2013. Tem como objeto estudar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF), à luz dos conceitos de Starfield, que define quatro atributos, considerados estruturantes, para os serviços de saúde da Atenção Primária (AP): atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção.

Nos últimos tempos, tanto do ponto de vista internacional como nacional, encontramos vasta literatura mostrando que um sistema de saúde baseado na Atenção Primária (AP) alcança melhores resultados na saúde das populações.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalece-se, no Brasil, a ideia de que a APS é base estruturante para os sistemas em todos os níveis organizacionais e que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada em 2006 e atualizada em 2011, estabelece diretrizes e normas para serem seguidas em todo o país. Para operacionalização dessa política, o Ministério da Saúde (MS) adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF).

No caso do Distrito Federal, observa-se quase que uma estagnação da expansão dos serviços básicos de saúde, principalmente se considerarmos o aumento da população local acrescida da população do entorno. A Estratégia Saúde da Família está longe de ser considerada a principal forma de reorganizar as ações e os serviços de saúde na abordagem da APS, se julgarmos as baixas coberturas atingidas nos últimos anos, nos diferentes governos. Convivemos com os dois modelos de Atenção Primária: o anterior, considerado tradicional, e poucas equipes de Saúde da Família espalhadas em algumas cidades satélites, principalmente localizadas nas áreas com maior vulnerabilidade socioeconômica e carências estruturais do ponto de vista da atenção à saúde.

E partindo desse contexto, escolhi o desafio de avaliar duas Regiões Administrativas (RA) cujos serviços prioritariamente funcionam na lógica dos distintos modelos de APS: Taguatinga, onde todos seus Centros de Saúde (CS) trabalham na lógica do modelo tradicional, e o Riacho Fundo II, que hoje apresenta a maior cobertura da ESF no DF.

No início da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no DF, estava muito próxima dessa estratégia, trabalhando como médica e coordenadora de uma das equipes do Programa Saúde em Casa, na Candangolândia, onde permaneci por um ano, até o final do programa, quando o governo Roriz desativou o projeto.

Revedo os objetivos dos últimos planos de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF) desde 1987 - o Programa Saúde em Casa (1997 a 1998), o Programa Saúde da Família (1999 a 2003), o Programa Família Saudável (2004 a 2006), e, atualmente, a Estratégia Saúde da Família - todos têm em comum a intenção de converter o modelo de atenção à saúde no DF, priorizando o fortalecimento e a reorganização da Atenção Primária, por meio da implantação da nova proposta do Saúde da Família.

Vivi a experiência de participar da elaboração de dois desses planos de saúde na SES/DF. No ano de 2002, fui convidada a assumir a coordenação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), da Regional de Saúde de Taguatinga. Por isso, deixei parte de minhas funções como pediatra do Centro de Saúde de Taguatinga N°2 (CST2) e fui trabalhar com a implantação das políticas públicas de saúde à criança nessa regional, de acordo com o que preconizava o Ministério da Saúde (MS). Em 2004, assumi a chefia do Núcleo de Saúde da Criança da Secretaria de Estado de Saúde do GDF - NAISC, cargo que ocupei até 2009. Atualmente, exerço a função de técnica do Núcleo de Saúde da Criança (NUSC), que faz parte da Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde (DCVPIS), subordinadas a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Durante todo esse período, deixo registrados os infinitos esforços de todo o grupo técnico da Atenção Primária da SES/DF em elaborar planos de saúde de acordo com a política nacional de saúde, reorganizados a partir de uma APS forte e, sobretudo, comprometida com a qualidade da assistência à saúde da população do Distrito Federal. Porém, isso não será possível enquanto não se incorporar a vontade política e real dos governantes.

Para finalizar, compreendo que precisamos ampliar os estudos, trazer reflexões baseadas em evidências, feitas com rigor metodológico e em parceria com a academia, que possam apoiar e subsidiar mudanças nas práticas dos serviços da SES/DF. E aqui começa minha nova trajetória profissional, como pesquisadora, e o tema não poderia ser diferente. O trajeto foi longo e penoso, mas os resultados são importantes e necessários. Importante por ser um estudo inovador no DF e

necessário porque traz evidências, principalmente quando baseadas em informações de profissionais e usuários, que apontam para a necessidade de reflexão urgente sobre os rumos tomados pelos nossos serviços na assistência à população infantil do DF.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde é considerada, internacionalmente, a base para um novo modelo assistencial para os sistemas de saúde. A Declaração de Alma-Ata, carta emanada da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1), realizada em setembro de 1978, aponta a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos seus povos e destaca os cuidados primários de saúde como a função central e o foco principal quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária em todo o mundo(2).

O fortalecimento da APS, no Brasil, é uma das estratégias prioritárias para a reorganização do Sistema Único de Saúde. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas, da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a APS como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes(3).

No Brasil, o Programa Saúde da Família, iniciado em 1994, é considerado a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para expansão da APS no país. A Estratégia Saúde da Família busca cumprir os princípios da APS definidos por Starfield(2), de forma a ser o primeiro contato da população às ações e serviços, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a presença dos atributos da Atenção Primária à Saúde na ESF é fundamental para garantir sua qualidade e seus resultados sobre a saúde da população(4).

A implantação dessa estratégia, no Distrito Federal, ocorreu em 1997, e, ao contrário do movimento de expansão observado no resto do país, a ESF no DF, ao longo da sua história, se caracteriza pela descontinuação e pouca cobertura populacional. O modelo de atenção à saúde do DF, nos últimos anos, apresenta uma característica mais hospitalocêntrica que, portanto, privilegia a rede hospitalar e, como tal, desvaloriza a atuação da Atenção Primária à Saúde. No Plano Distrital de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, de 2010, a

Secretaria de Estado de Saúde reconhece que a reversão do modelo vigente só será possível a partir do entendimento do papel estratégico da Atenção Primária na organização da rede de saúde e a expansão gradativa da ESF(5).

Os resultados da Avaliação da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos - Dez Estudos de Caso(6), no qual o DF foi incluído como um dos casos estudados, identificou que o PSF foi implantado nas cidades-satélites de modo paralelo à estrutura de Atenção Básica (AB) já existente, funcionava em mini postos, ou era inquilina dos Centros de Saúde existentes, com espaços insuficientes, exigindo revezamento dos profissionais dentro e fora da USF.

Um estudo sobre o Modelo Político-tecnológico da Atenção à Saúde da Família no Distrito Federal aponta algumas semelhanças nos modelos de PSF implantados no DF, consideradas limitadoras para a mudança do modelo de saúde: inserção paralela do programa na rede da SES-DF; coexistência de dois modelos de atenção básica, com Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); e parceria com o terceiro setor para gestão dos recursos humanos(7).

Na época do estudo, a rede de Atenção Primária de Saúde da SES-DF era composta por 137 UBS, existiam 142 equipes da ESF, dessas 28 incompletas, com uma cobertura populacional em torno de 15,30%, distribuídas em 77 unidades básicas de saúde. Existiam também 60 centros de saúde trabalhando na lógica do modelo de atenção básica tradicional. Nos dois modelos, existem consultas de demandas espontâneas e consultas vinculadas aos programas estratégicos da SES-DF, entre esses a atenção à saúde da criança(8).

Partindo desse contexto, viu-se a necessidade de realizar este estudo, cujo objetivo foi avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, no cuidado integral à saúde da criança, comparando as unidades que atuam com o modelo tradicional e com a Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal.

Para melhor compreensão, traçaram-se os seguintes objetivos específicos: conhecer o entendimento sobre os conceitos dos atributos da APS, junto aos profissionais de saúde; comparar a presença e a extensão dos atributos da APS no cuidado integral à saúde da criança, entre o modelo tradicional e a ESF; e analisar os fatores facilitadores e dificultadores ao desenvolvimento dos atributos da AP nas unidades comparadas. Pretende-se contribuir com o DF na redefinição do seu modelo de atenção à saúde das famílias, orientados pelos valores e princípios da

Atenção Primária à Saúde e seus atributos essenciais e derivados. Além do que, a realização de pesquisas analíticas sobre a APS, na capital do país ainda são escassas. Sobretudo quando os processos de monitoramento e avaliação nesse ponto do sistema necessitam de práticas sistematizadas.

2 MARCO TEÓRICO

A reforma do Estado brasileiro é um processo em curso há décadas, cujo marco se impõe pela Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde. A complexidade em responder, no mundo real, à universalização dos direitos sociais, econômicos e culturais, refletidos na produção social da saúde, sobretudo dos grupos socialmente mais vulneráveis, ainda se constituiu desafio contemporâneo(9). E no caso da política pública de saúde, a complexidade desses desafios se amplia, principalmente, quando colocamos em pauta uma política democrática e de bem-estar, como o Sistema Único de Saúde. Este vem, ao longo de 25 anos pós Constituição, tentando ampliar o acesso aos serviços e ações de saúde ao mesmo tempo em que, por dentro do sistema, trava um contramovimento da tendência neoliberal hegemônica na sociedade e no estado brasileiro em busca de um novo modelo de atenção universal, integral, equitativo e participativo(10).

Várias foram às tentativas ao longo da história do sistema público de atenção à saúde do Brasil, em priorizar a organização da Atenção Primária à Saúde como tema central. Nesse sentido, diversos autores nos recordam essa construção sócio-histórica, onde a Atenção Básica à Saúde (ABS) deveria ser a base estruturante de um novo modelo de atenção à saúde(9,11,12). Para Mendes(13), essa história pode ser registrada em ciclos de desenvolvimento da APS, onde o ciclo atual teve início em 1994, e é denominado de ciclo de Atenção Básica à Saúde.

Em relação a essa terminologia, Atenção Básica, que ao contrário de outros países o MS adotou para definir APS, vem historicamente se constituindo ao longo da construção das políticas públicas de saúde no geral e no particular da implantação do SUS. Para Sousa(14), esse termo APS e ABS no tocante aos valores e princípios, tanto em outros países quanto no Brasil, trata-se do mesmo sentido. Ainda que suas formas organizativas resguardem as diferenças de conjunturas e estruturas políticas, econômicas, sociais e culturais de cada país. Lembra ainda que a ABS é uma formulação tipicamente brasileira, indicando ser esse um dos pontos da base estruturante do Sistema Único de Saúde.

O conceito de Atenção Básica brasileiro foi definido pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, que estabeleceu diretrizes e normas para serem seguidas

em todo o país. Em 2011, essa política foi atualizada, e reafirmou a base conceitual do que se entende por ABS, como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social(15).

No contexto internacional, vários foram os movimentos em busca de colocar APS com primazia nos processos organizativos dos sistemas universais e integrais de saúde. No Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde, Agora Mais do que Nunca – OMS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, e reconhece que, apesar da alteração do contexto global de saúde nas últimas décadas, os valores que constam nessa Declaração, têm sido testados e continuam verdadeiros(16).

A sistematização do conceito de Atenção Primária elaborado por Starfield é considerada um marco referencial para análise da APS. A autora parte da compreensão da APS:

Como aquele nível de um sistema de um serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa e não dirigida a enfermidade, no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (2).

Assim, a APS deve criar condições favoráveis para dar resposta aos problemas mais comuns da comunidade e constituir-se como uma fonte adequada de atenção. Para isso os seus serviços, devem oferecer e executar ações de saúde contemplando a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tanto a nível individual como coletivo. O acesso dos pacientes a esses serviços tem que ser direto e todas as suas necessidades devem ser resolvidas ao longo do tempo. Por outro lado, por estarem próximos do ambiente dos pacientes, os profissionais da AP podem avaliar as suas necessidades considerando os determinantes da doença e da saúde.

Em relação aos serviços da APS, Starfield(2), caracteriza a presença de sete atributos, também chamados dimensões, como eixos estruturantes, que estão

associadas à qualidade, à efetividade e eficiência de suas intervenções: o Acesso, a Longitudinalidade, a Integralidade da Atenção, a Coordenação da Atenção, considerados atributos primários; além disso, considera mais três características: a atenção à saúde Centrada na Família, a Orientação para a Comunidade e a Competência Cultural, como atributos derivados. Dessa forma, quanto maior a presença e a força destes atributos, mais forte é a sua orientação para a Atenção Primária.

A descrição dos atributos da APS de Starfield(2) é apresentada como se segue:

- Acesso de Primeiro Contato (do indivíduo com o sistema de saúde): acessibilidade e porta de entrada, que implica na utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte regular de atenção, como também a sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal (vínculo) intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. Implica no reconhecimento da população adscrita, assim como dos indivíduos, pela unidade de AP.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de AP. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluindo encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- Coordenação da Atenção: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de Atenção Primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.
- Atenção à saúde Centrada na Família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto

familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

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

O novo modelo de atenção básica à saúde no Brasil, iniciado em 1994, tem como marco a implantação do Programa Saúde da Família. O PSF teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, atualmente, é considerado uma estratégia de operacionalização da política de Atenção Primária no Brasil pelo MS. A ESF tem a intenção de contribuir na mudança das formas de pensar e agir na organização das ações e serviços de saúde nos sistemas municipais de saúde(9,12).

As equipes da ESF possuem território de abrangência definido, e são responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área, formadas por equipes multiprofissionais, responsáveis pelo atendimento de cerca de 800 famílias (entre 3.000 a 4.000 pessoas), são compostas por no mínimo um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitárias de saúde (ACS) na modalidade I, e acrescidas de dentista e técnico em higiene bucal na modalidade II(17).

A Estratégia Saúde da Família está embasada na noção de vigilância à saúde e no fortalecimento do vínculo profissional-população, prevê cuidados integrais e contínuos à saúde de indivíduos e famílias, acompanhando-os ao longo do tempo e monitorando referência e contra referência para outros níveis do sistema de saúde(15,17). A ESF tem a família como o foco das atenções, considera a sua inserção na comunidade e que o processo saúde-doença é determinado socialmente.

Desde a sua concepção, uma das primeiras inversões do PSF foi focar-se na família, diferenciando-se do modelo hegemônico que predominava, onde o indivíduo e a abordagem dirigida à saúde-doença eram o mais importante. Assim, a família passa a ser o objeto de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive chamado de espaço/domicílio. O indivíduo, no contexto de sua integração à família e à comunidade pode, dessa forma, assumir a posição efetiva de sujeito do processo

histórico. Mais do que uma delimitação de lugares geográficos, esse espaço deve ser entendido como espaço-âncora, ou seja, onde se constroem as relações intra e extra familiar, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida(18).

Dessa forma, a organização das ações e serviços de saúde passa a tomar outro sentido, aquele que coloque os indivíduos, famílias e comunidades como sujeitos corresponsáveis pelos processos do cuidar. Este, influenciado pela concepção de determinação social do processo saúde-doença, ampliando assim o leque de dispositivos capazes de auxiliar as práticas dos profissionais envolvidos na APS. Portanto os atributos essenciais e derivados da APS podem iluminar esse caminho, apontando novas possibilidades na relação da oferta e demandas nos serviços dos sistemas de saúde que buscam garantir o cuidado integral à saúde da população.

Como forma de organizar a ABS, o Ministério da Saúde definiu algumas áreas estratégias para atuação das equipes da Atenção Básica, entre essas, a da saúde da criança(15). Entre as ações dirigidas a criança, uma das grandes preocupações é com a redução da mortalidade na infância e a melhoria da saúde materna. Essas ações fazem parte dos oito objetivos estabelecidos pela Cúpula do Milênio no ano 2000 (19). Neste sentido, em 2005, o Ministério da Saúde apresentou uma Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil no país, onde consta um conjunto de ações a serem seguidas, organizadas em linhas de cuidado, abrangendo a criança integralmente para que se supere a desarticulação entre os níveis de atenção e garantindo a continuidade de atenção (20,21).

Para Sousa(22), o cuidado à criança é complexo, multidimensional, sofrendo influência de diversos fenômenos das ações do cuidar. É um fazer/pensar integrado do serviço e da equipe, e não da tarefa de um profissional ou de uma categoria isoladamente. Assim, para que as crianças se beneficiem de um cuidado integral e multiprofissional, precisa da atenção de todos, cada qual dentro de sua função, em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola(20).

No que diz respeito ao cuidado a criança na Atenção Primária, a Estratégia Saúde da Família através de suas bases conceituais e operacionais ancoradas na

territorialização e no acompanhamento da população adscrita, com equipe multiprofissional, embasada na noção de vigilância à saúde e no cuidado integral e continuado a família e aos indivíduos,acompanhando-os ao longo do tempo e monitorando a referência e contra referência para os outros níveis do sistema de saúde, se constitui um modelo de APS que certamente melhor se apropria ao cuidado das crianças e de suas famílias.

Macinko(23), em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com pesquisadores da Universidade de Nova York, buscando avaliar o impacto da cobertura da Saúde da Família, mostrou que o aumento da sua cobertura em 10%, está associado à redução da mortalidade infantil em 4,5% e concluiu que a Saúde da Família foi um fator contribuinte importante na redução da mortalidade infantil no Brasil.

Ainda segundo Starfield(2), a presença dos atributos da APS nos serviços da Atenção Primária: o primeiro contato da população as ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os cuidados em todos os níveis de atenção, é fundamental para garantir qualidade e resultados à saúde da população e podem ser avaliados através de uma ferramenta elaborada pela própria autora(24, 25).

Estudos nacionais e internacionais constataram o alcance dessas dimensões na avaliação dos serviços de Atenção Primária(26,27,28). Outros estudos concluíram que os escores do PCATool poderão ser utilizados como indicadores de qualidade de atenção, contribuindo como um instrumento para investigação dos serviços de saúde, assim como um instrumento de avaliação comparativo do grau de orientação à Atenção Primária dos serviços de APS no Brasil(29,30).

Estudos comparativos, realizados em diferentes municípios do país,demonstram que a ESF tem um desempenho melhor que as unidades de APS tradicionais, em quase todos os atributos da APS(31,32). Harzheim et al(33), em um estudo realizado em Porto Alegre no ano de 2002, com a população infantil vinculada a serviços de atenção básica do SUS, concluiu que a forte extensão destes atributos na assistência à criança está diretamente relacionada com a qualidade da atenção, ao recebimento de atividades preventivas, além de maior satisfação dos responsáveis e melhor percepção da saúde.

O Ministério da Saúde no documento de implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), reafirma o papel da Atenção Primária como base estruturante, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de saúde, de forma a atender as necessidades da população, o fortalecimento do vínculo, e a integralidade do cuidado através da clínica ampliada, contribuindo assim, para a efetividade dos atributos da APS nos serviços da Atenção Primária(34).

Segundo a OPAS a presença dos atributos da AP na ESF está associada a qualidade e aos resultados sobre a saúde da população. As diferentes formas de organização local da ESF, contextualizadas às características de cada município ou região brasileira, são determinantes, para garantir a presença desses atributos e, conseqüentemente, para constituir sólidas, efetivas e eficientes redes integradas de atenção à saúde no Brasil(4).

3 O DISTRITO FEDERAL COMO CENÁRIO DE ESTUDO

O Distrito Federal localiza-se do ponto de vista geopolítico na Região Centro-Oeste, fazendo fronteira com os Estados de Minas Gerais e Goiás. Possui uma área total de 5.783 km² e uma população de 2.570.160 habitantes(35). O DF é a unidade federativa que possui caráter e funções de município e estado ao mesmo tempo e é composto pela cidade de Brasília, capital da República Federativa do Brasil, onde se situa o Plano Piloto e as regiões denominadas de Lago Sul e Lago Norte. Fazem parte da área geográfica do DF as "cidades-satélites" compostas por 30 Regiões Administrativas (RA), que tem como objetivo a descentralização administrativa, não possuem autonomia financeira e são subordinadas diretamente ao Governo do Distrito Federal.

No tocante aos indicadores sociais, em geral, e de saúde no particular, o Distrito Federal vem ao longo das últimas décadas apresentando melhora sem comparação a média brasileira. O número de anos de estudo da população residente é o maior no país, por exemplo, assim como a renda domiciliar. A renda domiciliar per capita do DF saiu de R\$ 939,82, em 2001, para R\$ 1.326, enquanto que no Brasil foi R\$ 631,71 em 2009. Por outro lado, a desigualdade medida pelo

Índice de Gini vem subindo e pulou de 60,37 para 61,95, mais alto do que a mediado país de 54,01(36). No “Retrato da infância e da adolescência no Distrito Federal”, desenvolvido pela CODEPLAN, a população do DF em 2010 era composta por 28,8% de crianças e adolescentes, sendo que as crianças representavam 18,6%. Na população citada 2,6% (21.317) de crianças e jovens entre zero e 17 anos viviam em situação de extrema pobreza(37).

A saúde na capital do país se organiza pela existência de uma Secretaria de Estado de Saúde, composta por nove subsecretarias, dentre as quais a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, responsável pela gestão da APS em todo o DF, em articulação com as Coordenações Gerais de Saúde (CGC). Está organizado em sete Regiões de Saúde, constituídas na lógica da descentralização e regionalização da saúde preconizada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 2001(38). Integram essas Regiões as quinze 15 Coordenações Gerais de Saúde, também denominadas de Regionais de Saúde. As CGC são subordinadas à SES-DF e englobam uma ou mais RA (Quadro1) e são responsáveis pelo planejamento, organização e prestação dos cuidados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Desde os anos de 1970 foi criado o Conselho Distrital de Saúde composto por representantes dos usuários, gestores e prestadores de serviços e profissionais da saúde(8).

Continua

Quadro1 – Organização administrativa do sistema de saúde do Distrito Federal

Região de Saúde	Regionais de Saúde	RA
Centro Sul	Asa Sul	Asa Sul
		Lago Sul
	Núcleo Bandeirantes	Núcleo Bandeirantes
		Riacho Fundo I
		Riacho Fundo II
		Park Way
		Candangolândia
	Guará	SAI
		SCIA (Cidade Estrutural)
		Guará
Centro-Norte	Asa Norte	Asa Norte
		Lago Norte
		Cruzeiro
		Varjão
		Sudoeste/Octogonal
Oeste	Ceilândia	Ceilândia
	Brazlândia	Brazlândia

Conclusão

Quadro1 – Organização administrativa do sistema de saúde do Distrito Federal

Sudoeste	Taguatinga	Taguatinga
		Águas Claras
	Samambaia	Samambaia
	Recanto das Emas	Recanto das Emas
Norte	Sobradinho	Sobradinho I
		Sobradinho II
	Planaltina	Planaltina
Leste	Paranoá	Paranoá
		Jardim Botânico
		Itapoã
	São Sebastião	São Sebastião
Sul	Gama	Gama
	Santa Maria	Santa Maria

Fonte: Plano Diretor de Ordenamento Territorial - 2009. SES-DF (8).

No que se refere à rede de atenção à saúde, o DF possui uma base organizativa de serviços hierarquizada e regionalizada desde os anos 1970 e constituído por dois hospitais especializados, 15 hospitais gerais, distribuídos por Regionais de Saúde, com exceção das regionais do Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas e São Sebastião, uma Sala de Parto, duas Unidades Mistas, um hospital dia, quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), quatro Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS), 137 Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 100% de cobertura do SAMU(8).

Em relação à Atenção Primária à Saúde no DF, desde a criação do seu primeiro sistema de saúde, com a construção da nova capital em 1959, tem-se tentado orientar o modelo de saúde voltado aos valores e princípios da APS. O modelo inicial priorizou a assistência hospitalar e medidas sanitárias necessárias para atender os diversos problemas de saúde decorrentes do período de construção da capital do país, por outro lado, já se previa a direção única dos serviços de saúde, de forma a garantir a integração das atividades médico sanitárias. Na década de 70, um novo modelo de atenção à saúde foi estabelecido, e na época, já se observava forte influência dos princípios propostos na Conferência de Alma Ata. Essa nova proposta priorizava a estratégia de Atenção Primária, a regionalização dos serviços e a extensão de cobertura das ações de saúde através da implantação de Centros de Saúde. Em 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde, o Distrito Federal consolidou as diretrizes e princípios do SUS: universalização,

descentralização, integralidade e participação da comunidade e teve a sua Lei Orgânica aprovada em 8 de junho de 1993(7).

Nos últimos anos, já se observa um modelo de atenção centrado nos hospitais, nas tecnologias de alto custo e dificuldades para acompanhar o novo modelo de atenção básica vigente no país que tem a ESF como modelo de operacionalização dos seus serviços. A própria Secretaria de Estado de Saúde reconhece que é preciso reverter essa situação, e que isso só será possível a partir do entendimento do papel estratégico da Atenção Primária na organização da rede de saúde, caracterizando-a como porta principal de acesso aos serviços públicos no SUS(5).

Na história da APS do DF, vale destacar duas experiências exitosas como modelos de atenção básica, a Unidade Integrada de Sobradinho e, do Programa Integrado a Nível Periférico com ênfase em Saúde Familiar realizado em Planaltina, consideradas alternativas opostas ao modelo médico-assistencial vigente. Nesses modelos, a atenção à saúde era voltada para a Atenção Primária com ações de educação para a saúde, atendimento em grupo, reuniões com a comunidade, visita domiciliar, reconhecimento do espaço social de inserção da população, planejamento de ações a partir da realidade local e de indicadores epidemiológicos e a presença de equipe multiprofissional(7).

No que se refere ao Programa Saúde da Família no DF, a sua implantação ocorreu em 1987, e desde então recebeu as denominações de Programa Saúde em Casa (PSC), Saúde da Família (PSF); Programa Família Saudável (PFS) e Estratégia Saúde da Família. A ESF do DF busca adotar a filosofia do programa proposto pelo governo federal e tem como propósito a reorganização do modelo de Atenção Primária vigente. No entanto, ao contrário do resto do país, que ao longo do seu trajeto, mostra uma tendência contínua e ascendente, o Saúde da Família no DF ao longo da sua história se caracteriza pela descontinuação e pouca cobertura populacional. Nos seus 25 anos de existência, apresentou a maior cobertura populacional, em torno de 65% da população, durante o PSC no ano de 1988 e, períodos de total ausência de equipes cadastradas no CNES, segundo dados do Departamento de Atenção Básica, nos anos de 2003 e 2004 (39).

É importante registrar que na oportunidade da realização da pesquisa de Avaliação da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos - Dez Estudos

de Caso / MS, 2002, no qual o DF foi incluído como um dos casos estudados identificou-se que o PSF foi implantado nas cidades-satélites de modo paralelo à estrutura de Atenção Básica já existente, funcionavam em minipostos, ou eram inquilinos dos Centros de Saúdes, com espaços insuficientes, exigindo revezamento dos profissionais dentro e fora das unidades. Algumas semelhanças nos modelos de PSF implantados no DF foram consideradas limitadoras para a mudança do modelo de saúde: inserção paralela do programa na rede da SES-DF; coexistência de dois modelos de atenção básica UBS e UBSF e parceria com o terceiro setor para gestão dos recursos humanos(6,7).

Em abril de 2012, quando da realização do estudo, a rede de Atenção Primária de Saúde da SES-DF era composta por 137 Unidades Básicas de Saúde de portes e distribuição variáveis. Entre elas, 67 Centros de Saúde (60 tradicionais e sete convertidos para a ESF), 42 Postos de Saúde (urbanos e rurais), e mais 28 UBS alugadas. Por fim, duas clínicas da família que são estabelecimentos de saúde novos, construídos pela atual gestão para abrigar equipes de Saúde da Família(8).

O modelo tradicional de APS presentes em 60 unidades atuam na lógica sem territorialização e cadastramento populacional e com a atenção médica fragmentada entre as especialidades básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria e algumas com equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Alguns Centros de Saúde estão parcialmente em processo ou foram convertidos em Saúde da Família, apresentam déficit de profissionais e não são capazes de cobrir a população de 30.000 habitantes pelos quais deveriam se responsabilizar. As equipes da ESF seguem a filosofia da APS do MS, e estão distribuídas em todas as Coordenações de Saúde com exceção da Asa Sul, e mais concentradas nas RA de Riacho Fundo II, Estrutural, Samambaia, São Sebastião e Santa Maria. Existem 142 equipes, dessas 28 incompletas, com uma cobertura populacional em torno de 15,30% distribuídas em 77 UBS sendo, seis Centros de Saúde, que alojam em média de uma até cinco Equipes de Saúde da Família; 42 Postos de Saúde e 28 casas alugadas, cada uma com uma a duas Equipes de Saúde da Família. Existe ainda, 12 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), desses apenas três estão completos(8).

Estudamos duas Regiões Administrativas, Taguatinga e Riacho Fundo II, escolhidas devido a predominância nos seus serviços básicos, dos dois modelos de

AP. Taguatinga localiza-se na Região Sudoeste, é uma RA antiga, possui um elevado grau de urbanização e desenvolvimento social e possui a terceira maior população do DF. O seu Sistema de Saúde é constituído por um hospital regional de grande porte, um hospital especializado (saúde mental), uma unidade de saúde mista denominada policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial e oito centros de saúde todos com modelos tradicionais de APS, onde são desenvolvidos os programas de saúde, dentre eles o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança. Oferta uma ampla gama de serviços de saúde, sendo alguns referencia para outras RA, e é bastante procurada pela população dos municípios do entorno do estado de Goiás.

E o Riacho Fundo II, localiza-se na região Centro Sul, é uma RA relativamente nova, constituída há menos de duas décadas, possui um grau de desenvolvimento mais modesto, com um sistema habitacional e ofertas de serviços de menor porte. Trata-se de uma região em expansão, nos quais os serviços públicos e sociais ainda encontram-se em processo de estruturação. Possui uma rede de serviços de saúde bem limitada, ofertando apenas serviços da APS, que é constituído de uma Clínica de Família, um PSR e três UBS, com 14 equipes da ESF atuantes, e um NASF. RF II apresenta a maior cobertura populacional da ESF no DF, em torno de 95%. Não possui hospital regional, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Mesmo a oferta de serviços relacionados à rede privada é bastante limitada. Pertence a Região de Saúde do Núcleo Bandeirante, juntamente com outras quatro RA, que por sua vez também não possui hospital regional e serviços de apoio e diagnóstico.

Tabela 1 - Indicadores sociais e de saúde do Distrito Federal e das Regiões Administrativas de Taguatinga e Riacho Fundo II - 2010

Indicadores sociais/saúde	D. Federal	Taguatinga	Riacho Fundo II
População	2.609.998	206.204	39.938
População < de dois anos	76.018	4.989	1.160
Renda domiciliar percapta	R\$ 1.318,85	R\$ 1.316,86	R\$ 563,31
Nº de nascimento/ano	43.468	3.669	607
Baixo peso ao nascer	9,7%	9,9%	10,0%
TMI**	11,7	8,7	13,2
TMN***	8,2	6,8	13,2
Consultas de PN > 7 vezes	64,7%	64,2%	68%

* Índice de Desenvolvimento Humano

** Taxa de Mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)

*** Taxa de mortalidade em menores de 27 dias

Fontes: População total e menores de dois anos, nº nascidos vivos/ano, TMI, TMN e nº de consultas de PN acima de sete vezes: SES/SVS (8). Ano 2010; Pesquisa Distrital de Amostras por Domicílio - PDAD/DF, 2011 (37).

Com essa descrição, buscamos contextualizar a saúde do Distrito Federal no geral e no particular a Atenção Primária à Saúde e suas várias tentativas de organizar a rede básica com a Estratégia Saúde da Família, seguindo assim a direção de outros estados e municípios que assumiram esses compromissos em seus territórios. Logo, nessa perspectiva histórica, observa-se que de fato as idas e vindas nessa trajetória sofrem influências de várias dimensões de ordem política, econômica, social, cultural e com isso é visível que o sistema de saúde até então vigente na capital do país segue orientado pela lógica organizativa dos hospitais, nos médicos e em seus aparatos de apoio diagnósticos que, nos dizeres de Hildebrand(7), é extremamente dispendioso para os cofres públicos.

4 METODOLOGIA

Para comparação dos modelos de Atenção Primária à Saúde, optou-se pela combinação de métodos quantitativo e qualitativo. Segundo Creswell(40), esse tipo de abordagem possibilita ao pesquisador através da coleta de diversos tipos de dados um melhor entendimento do problema da pesquisa. Na mesma direção Minayo e Sanches (41), afirmam que os estudos quantitativos podem gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. Para esses autores, em cada caso particular, o uso de uma ou outra abordagem será mais indicado, e muitas vezes são insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto elas podem e devem ser usadas de forma a aprofundar a leitura de uma determinada realidade.

Como estratégia para a coleta dos dados foi usado o procedimento de métodos mistos concomitantes (40). Os dados foram coletados ao mesmo tempo e ocorreu no período de junho a setembro de 2012, primeiro na RA de Taguatinga, seguida pela RA de Riacho Fundo II. Logo a seguir, é apresentado o detalhamento do desenho metodológico de cada método.

Nesse trabalho foi adotada a seguinte nomenclatura: Unidade Básica de Saúde (UBS) de forma genérica para nomear todas as unidades de saúde; Unidade Básica Tradicional (UBT) para aquelas UBS organizadas segundo o modelo tradicional de APS; e Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) para aquelas UBS organizadas na lógica da Estratégia Saúde da Família.

4.1 O ESTUDO QUANTITATIVO

Os dados quantitativos foram coletados através de um inquérito transversal utilizando o instrumento de Avaliação da Atenção Primária - *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, aplicado a cuidadores de crianças e profissionais médicos e enfermeiros das duas RA. O PCATool versão Criança e o PCATool versão Profissional utilizadas nesse estudo estão de acordo com o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* – Brasil, Ministério da Saúde (42), e de acordo com a metodologia validada por Harzheimet *al.*(33), que mede a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em serviços de atenção a saúde infantil.

4.1.1 Descrição do PCATool

O *Primary Care Assessment Tool(PCATool)* foi desenvolvido por Starfield e colaboradores na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*(24,25) e permite mensurar a presença e a extensão dos atributos: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária, através da análise de aspectos relacionados a estrutura e processo de atenção em serviços da Atenção Primária. O questionário, abrangendo os mesmos itens, apresenta versões dirigidas a usuários (aplicáveis a cuidadores de crianças e adultos) gestores e profissionais, de modo a permitir o diálogo entre as opiniões dos diversos segmentos. Este instrumento foi adaptado e validado para o

Brasil através dos estudos metodológicos de Macinko e Almeida(43) no município de Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro e por Harzheimet al(33) em um estudo seccional de validação da versão infantil, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Os questionários são estruturados em blocos, cada um abrangendo as dimensões (e subdimensões) propostas por Starfield para avaliação dos serviços. O PCATool-Brasil versão Criança e versão Profissional são compostos por 55 e 67 itens respectivamente. As respostas são do tipo Likert e correspondem a uma escala de valores pré-estabelecidos variando de 1 a 4 para cada um dos itens, de maneira que 1 é igual à “com certeza não”, 2 “a provavelmente não”, 3 a “provavelmente sim” e 4 é igual a “sim”. Consta ainda como opção de resposta: "não sei/não lembro".

4.1.2 Critério de inclusão e aplicação do questionário

Em relação às UBS, foi considerado todo o conjunto (oito UBT e as cinco UBSF). Para as equipes do SF, definiu-se como critério de inclusão a atuação por mais de um ano. Para os profissionais adotou-se toda a população de médicos e enfermeiros das duas RA. No entanto, nas UBT com mais de um médico pediatra, foi selecionado apenas um, nesse caso, a seleção foi feita pela própria Unidade. Para os enfermeiros, optou-se pelo enfermeiro responsável pelo atendimento a criança. Foram excluídos os profissionais da ESF com menos de seis meses de atuação.

Para o universo de cuidadores/crianças foram considerados as menores de 2 anos até a data da aplicação do questionário e com vínculo estabelecido com a UBS através de pelo menos, uma consulta com o médico ou com o enfermeiro. A seleção das crianças foi feita de forma aleatória nas salas de espera das UBS entre aquelas que estavam aguardando a prestação de algum de seus serviços e cujo acompanhante concordava em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada pela RA de Taguatinga. As entrevistas com cuidadores e profissionais ocorreram na mesma oportunidade, em mais de uma UBS ao mesmo tempo e, finalizava quando o número de entrevistados atingia a amostra

esperada. As entrevistas foram realizadas em mais de um período, pela manhã de 8 às 12h e à tarde, das 13 às 17 horas. O número de idas as UBS para aplicação dos questionários variou de três a cinco vezes.

As entrevistas com os cuidadores e os profissionais de saúde foram realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados pelo pesquisador. Para o treinamento foi utilizado, o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - *Primary Care Assisment Tool* (PCATool) Brasil (42), sendo realizado um piloto do estudo em um dos Centros de Saúde localizado em outra RA. O PCATool foi disponibilizado em meio eletrônico no equipamento *pocket pcs* com sistema de armazenamento e conferência automática dos dados coletados.

4.1.3 Definição da amostra de crianças e análise estatística

Para o cálculo da amostra partiu-se da população de 6,149 crianças menores de dois anos, onde 4.989 pertenciam a Taguatinga e 1.160 ao Riacho Fundo II. Inicialmente realizou-se uma amostra aleatória simples, cujo erro amostral adotado foi de 5% e nível de confiança de 95%, que definiu um tamanho amostral de 362 crianças a partir de:

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

A partir dessa amostra e por meio da expressão algébrica $W_e = \frac{Ne}{N}$; $n_e = n \cdot W_e$, foram definidos dois estratos homogêneos, segundo as duas RA. Ao final, foi incluindo 5% a mais do valor calculado por estrato para compensar as possíveis perdas. Foram selecionadas 306 crianças para compor a amostra de Taguatinga,

divididas proporcionalmente entre as UBT e 71 crianças para a amostra do Riacho Fundo II, divididas proporcionalmente entre as 14 equipes da ESF.

Para adequação dos dados antes da análise, tanto das respostas dos cuidadores, quanto dos profissionais, foram seguidos os passos um e dois

presentes nas páginas 30 e 72 do Manual PCATool-Brasil(42), e com a ajuda do aplicativo Microsoft Office Excel versão 10.

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. O Escore Essencial de APS foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação), mais o grau de afiliação dividido pelo número dos componentes. O Escore Derivado foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). Para obter o Escore Geral da qualidade da APS, foi calculada a média dos componentes do Escore Essencial (mais o grau de afiliação) somado aos atributos derivados. Os valores obtidos para cada escore foram transformados para uma escala contínua variando entre 0 e 10, utilizando a seguinte fórmula e conforme orientação presente na página 32 do Manual do PCATool-Brasil (42):

$$\text{Escore ajustado} = \frac{\{(\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo}))\} \times 10 (\text{valor máximo})}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})}$$

O valor do escore de cada atributo e dos Escores Essenciais, Derivados e Gerais da APS foram considerados como altos quando atingiam os valores maior ou igual a 6,6 equivalentes ao valor 3 ou mais na escala de Likert e os valores menores que 6,6 foram considerados baixos, com base no estudo de Oliveira (30).

Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o aplicativo *SPSS for Windows*, versão 17.0 e para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviços usou-se o teste “t” de *Student*. O nível de significância foi $p < 0,005$.

4.2 O ESTUDO QUALITATIVO

Para o estudo qualitativo, optou-se pela avaliação dos atributos considerados essenciais aos serviços de AP. Assim, os atributos derivados, orientação comunitária e orientação familiar, foram excluídos, por entendermos que, a presença desses atributos na base organizativa das práticas do SF, no relato dos profissionais, poderia se tornar um viés para a análise comparativa com o modelo tradicional de AP. Para a coleta dos dados qualitativos foi usada a técnica de entrevista semiestruturada, realizada em uma subamostra de profissionais de saúde dos dois modelos de serviço. O roteiro da entrevista foi elaborado a fim de induzir uma narrativa livre do entrevistado a respeito da sua compreensão sobre o conjunto dos quatro atributos, como esses atributos aconteciam nas suas unidades e, ao mesmo tempo, entender qual a sua contribuição como profissional na extensão de cada um nos cuidados à saúde da criança. Buscava-se assim, a partir das experiências acumuladas nas suas práticas diárias, avaliar a extensão dos APS nas suas unidades de trabalho.

O roteiro consta de quatro blocos de perguntas relacionadas aos atributos essenciais assim distribuídos: acesso – dois itens, longitudinalidade – cinco itens, integralidade – três itens e a coordenação do cuidado – três itens. De uma maneira geral, quando eram observadas dificuldades na abordagem de algum atributo, uma pergunta complementar, dentro do processo (ou do contexto) da prática dos sujeitos, era gerada, no intuito de estimular o entrevistado para o item em si (Apêndices).

4.2.1 Amostra de profissionais para avaliação qualitativa

A amostra para essa segunda etapa foi composta de 16 profissionais de saúde, selecionados por conveniência entre os 34 participantes da primeira fase da pesquisa. Alguns critérios básicos para a seleção foram seguidos, entre estes, contemplar a participação de igual número de médicos e enfermeiros, não pertencerem ao mesmo serviço, e serem relevantes para compor o grupo social

analisado. Foram entrevistados quatro médicos pediatras e quatro enfermeiros de UBT, selecionados de forma a incluir representantes dos oito serviços de saúde e de acordo com a aceitação e conveniência dos profissionais. A seleção dos quatro médicos de família e dos quatro enfermeiros da ESF contemplou um representante das cinco UBSF existentes na RA, escolhidos de forma aleatória simples entre os profissionais das 14 equipes. Três enfermeiras da ESF não aceitaram participar do estudo, sendo substituídas. Não foi previsto a participação de sujeitos de uma mesma UBS no desenho inicial, porém, durante o processo da coleta de dados, em uma das UBT e uma das equipes da ESF houve a participação da médica e da enfermeira da mesma equipe.

4.2.2 O trabalho de campo do estudo qualitativo

Todas as entrevistas foram feitas por um mesmo pesquisador, com a exceção de uma, e ocorreram em um intervalo mínimo de duas semanas após a participação dos profissionais no inquérito inicial, em um momento e local previamente marcado e de comum acordo entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. A duração média do tempo da entrevista foi em torno de 40 minutos, sensivelmente superior no grupo de sujeitos da ESF, e ocorriam nos seus próprios espaços de trabalho e nos intervalos das suas atividades profissionais. No entanto, nem todos os locais em que ocorreram as entrevistas dos profissionais da ESF foram apropriados. Interrupções e falas audíveis vindas do consultório ao lado foram consideradas inconvenientes. O material empírico foi coletado por meio de gravação com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados e, na presença de uma observadora responsável pelas anotações no diário de campo de aspectos relevantes ao momento da entrevista.

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora explicava ao interlocutor que neste diálogo entre o pesquisador-entrevistado, buscava-se compreender e aprofundar algumas questões do estudo, a garantia do sigilo da fala e como o estudo poderia contribuir para uma melhor percepção dos cuidados a saúde das crianças nos serviços da APS no DF.

4.2.3 Técnica de análise

A sistematização dos dados qualitativos foi feita segundo a técnica de análise de conteúdo, usando a modalidade da análise temática. Para Minayo(44), a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Citando Bardin(45), ressalta que o analista tem a sua disposição (ou cria), todo um jogo de operações analíticas, adaptadas a natureza do material e da questão que procura resolver, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.

A opção pela análise temática foi ao encontro à demanda do objeto da pesquisa, nesse estudo avaliar a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais da APS, possibilitando um diálogo entre o marco teórico, o método e a técnica. Dessa forma trabalhou-se com quatro temas, considerados quatro macros categorias, o acesso, longitudinalidade, integralidade, e coordenação da atenção. Do ponto de vista operacional, partiu-se de três etapas: Pré-análise, exploração do material e da interpretação.

A organização e preparação dos dados empíricos se constituem das transcrições das entrevistas, usadas na sua integralidade após exclusão de palavras repetidas e erros de fala, e das anotações presentes no diário de campo. Em seguida foi feita a leitura exaustiva das entrevistas, definição de partes dos textos que constituiria o *corpus* seguido das primeiras reflexões do significado global. Nessa etapa, alguns conteúdos, palavras-chave, frases, foram identificadas como unidades de significação e, juntamente com alguns pensamentos vindos dessa primeira análise, foram anotados sem preocupação de definição de categorias conforme demonstrado abaixo:

1. Acesso: Compreensão da dimensão, organização da demanda, acesso X serviços disponíveis, ACS, acolhimento como estratégia do acesso, barreiras.
2. Longitudinalidade: Compreensão da dimensão, consulta de CD, processo de trabalho, consulta programada, fonte regular de atenção, vínculo, familiaridade com os problemas, confiança das mães, tempo dos profissionais na equipe cuidadora,

compromisso da equipe, ACS, promoção à saúde como principal estratégia, cuidado continuado X integralidade do cuidado, cuidado continuado X acesso, dificuldades.

3. Integralidade: Compreensão da dimensão, serviços ofertados, equipe multiprofissional, ACS, visita domiciliar, consulta de CD, encaminhamento para serviços secundários e terciários, reconhecimento das necessidades da criança, integralidade X continuidade do cuidado, extensão do cuidado ao espaço familiar, formação do profissional, estrutura da unidade, integralidade X acesso facilitado, integralidade X coordenação do cuidado, ações de promoção da saúde comprometidas, dificuldades.

4. Coordenação do cuidado: desconhecimento da dimensão, prontuários, referencia e contra referencia, organização da rede de serviço, pouca oferta de serviços especializados, consulta programada, protocolos, coordenação compreendida como organização da linha de cuidado da criança, coordenação X integralidade, trabalho em equipe, estrutura do serviço, dificuldades.

Como auxílio para a organização, codificação e separação das informações úteis ao estudo, usou-se o Programa de computador QSR NVivo. Este software contém o programa N6 (ou Nud. ist) e o conceito NVivo de mapeamento combinado. As unidades de significação foram agrupadas em tópicos similares e escolhidas as categorias visando alcançar o núcleo de compreensão do texto que orientaria a análise. O programa ainda facilitou separar trechos de falas, localizar textos associados, fazer inter-relações entre as categorias, além da contagem da frequência das unidades de significação. Dessa forma, foram agrupadas as unidades de significação, definidas as macrocategorias e as categorias de análise.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Durante o desenvolvimento desta investigação, foram considerados todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS-DF), com o protocolo de número 151/2012. A investigação se restringiu aos sujeitos sociais envolvidos em

processos de práticas na saúde pública os quais foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantida a confidencialidade dos sujeitos e das Unidades de Saúde pesquisadas e a utilização exclusiva dos dados coletados para fins de pesquisa científica, sem prejuízos materiais ou morais aos sujeitos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para apresentação dos resultados partiremos da análise das entrevistas seguida da análise dos resultados obtidos pelo PCATool, e ao final, faremos o diálogo entre os resultados.

De início, partiu-se de quatro macros categorias, escolhidas de acordo com os atributos essenciais da APS: Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado. Observou-se que o conteúdo das falas dos profissionais, no conjunto das abordagens e no contexto da presença e da extensão de cada atributo, circundava na identificação de fatores que contribuía para facilitar ou para dificultar à presença dos atributos nos seus processos de trabalho, o que levou em um segundo momento, a definição das categorias de análise final. Assim, para cada macrocategoria, foram definidas as categorias como se segue: Compreensão do atributo pelos profissionais de saúde, Fatores facilitadores para a extensão do atributo e Fatores dificultadores para a extensão do atributo. A figura 1, abaixo, mostra a sistematização das macrocategorias e das categorias de análise dos atributos analisados.



Figura 1 - Classificação das categorias de análise em macrocategorias e categorias.
Fonte: A autora.

A tabela 2 mostra que, de uma maneira geral, em todas as macrocategorias, os profissionais participaram do debate em torno das categorias. Entretanto, observou-se que há predominância nas referências relacionadas aos fatores facilitadores em relação aos fatores dificultadores. Apenas no atributo integralidade, percebe-se citações de quase todos os dezesseis participantes aos fatores impedidores a extensão desse atributo. No entanto, lembramos que não houve por parte do pesquisador a busca direta sobre os fatores que dificultavam ou facilitavam a presença dos atributos. Ademais, observou-se que o enfermeiro apresentou uma percepção mais abrangente na identificação desses fatores e com mais intensidade entre os profissionais do SF.

Tabela 2. Número de referências e frequências de citações de itens relacionados às categorias pelos profissionais dos dois modelos de Atenção Primária à Saúde, de duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.

TEMAS / MACROCATEGORIAS	CATEGORIAS	REFERÊNCIAS	CITAÇÕES
ACESSO	Acesso - compreensão	13	18
	Extensão do acesso - fatores dificultadores.	6	14
	Extensão do acesso - fatores facilitadores.	13	28
LONGITUDINALIDADE	Longitudinalidade - compreensão	11	15
	Extensão da longitudinalidade - fatores dificultadores.	6	9
	Extensão da longitudinalidade - fatores facilitadores.	16	46
INTEGRALIDADE	Integralidade - compreensão	16	19
	Extensão da integralidade - fatores dificultadores.	14	26
	Extensão da integralidade - fatores facilitadores.	15	46
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	Coordenação do cuidado - compreensão	14	25
	Extensão da coordenação - fatores dificultadores.	13	26
	Extensão da coordenação - fatores facilitadores.	8	17

Fonte: A autora.

Como resultado da análise do conteúdo das falas dos entrevistados, observou-se que, os profissionais do SF citaram como fatores facilitadores ao acesso: a presença do ACS e a organização da agenda de atendimento, que por

outro lado, também foi considerada como fator impedor ao livre acesso da criança, considerando que, a agenda só possibilita um único horário por semana para o atendimento a este público. Também foram relatados como dificultadores a distância das equipes da população adscrita, a estrutura física e a limitação do horário de funcionamento das unidades. Para os Centros de Saúde Tradicionais, como fatores facilitadores ao acesso foi apontado o acolhimento, que principalmente, ampliou o acesso às consultas não programadas. A demanda organizada, assim como a presença diária do pediatra e do enfermeiro, e o tempo desses profissionais na mesma unidade também foram citados. Para esses profissionais o principal fator impedor a extensão do acesso, é a dificuldade para a abertura dos prontuários, não apenas para a população de responsabilidade do CS, mas, principalmente, para as crianças consideradas “fora de área”, entre essas, as crianças provenientes do entorno do DF.

Para a macrocategoria longitudinalidade, o SF menciona como fatores facilitadores, a presença do ACS, que faz diferença no estabelecimento do vínculo. O atendimento à família, a proximidade no entorno da família e da comunidade, como também o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (CD), foram considerados fatores facilitadores. Por outro lado, como dificultadores foram relatados, principalmente, a pouca permanência das famílias nas áreas e a distância geográfica das UBSF da sua população adscrita. Já para as UBT, o tempo dos profissionais nas Unidades, a disponibilidade diária da equipe, o acompanhamento do CD, assim como, às ações de promoção à saúde são fatores que favorecem o cuidado ao longo do tempo. Também para esse atributo as crianças moradoras em outras áreas são prejudicadas na questão do estabelecimento do vínculo.

Em relação à integralidade, o SF menciona a presença de uma equipe multiprofissional, o apoio do NASF, a atuação do ACS e a visita domiciliar como fatores facilitadores, assim como, o acompanhamento do CD que possibilita a prática do cuidado integral em todas as suas dimensões. Como fatores dificultadores, foram citados a demanda da equipe e pouca disponibilidade na agenda, dificuldades para às práticas das ações coletivas de promoção à saúde, devido às questões estruturais das unidades, a ausência da sala de vacina, o despreparo dos profissionais para o cuidado integral à criança e as dificuldades no acesso as especialidades quando necessário. Para as UBT, a presença do médico

pediatra é um fator facilitador a extensão da integralidade, por outro lado houve referências à limitação da oferta de atividades de promoção à saúde, o curto tempo da consulta, e a pouca oferta de consultas para outras especialidades pediátricas como fatores dificultadores.

Quanto à coordenação da atenção para ambos os modelos de serviços houve referências à Caderneta de Saúde da Criança como um instrumento facilitador para a coordenação. Como fatores dificultadores foram apontados alguns fatores além dos serviços da AP como: a falta de especialistas, a desarticulação entre os níveis de atenção e a falta de serviços de apoio diagnóstico.

5.1 Características da amostra de crianças e profissionais

Participaram da amostra 388 crianças, dez foram desconsideradas, algumas devido à desistência ou interrupção da entrevista pela mãe para consulta médica, e duas procedentes de outros estados. A amostra total foi composta de 377 crianças, entre estas aproximadamente 66.0% eram menores de um ano de idade e 54.6% do sexo feminino. A idade média da amostra de criança foi de 9.4 meses e foi igual para os dois estratos de crianças. Dos cuidadores de crianças a grande maioria dos casos era a mãe (94.2%), 43.0% com uma faixa etária entre 26 a 35 anos sendo que quase 16.0% não completaram o ensino fundamental (Tabela 3).

Continua

Tabela 3 - Características gerais das crianças e cuidadores entrevistados nos serviços de saúde em duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012

Variáveis	UBT (n=306)	ESF (n=71)	TOTAL (n=377)	(%)
Criança - sexo				
Masculino	131	40	171	45.4%
Feminino	175	31	206	54.6%
Criança – faixa etária (em anos)				
<1	200	48	248	65.8%
de 1 a 2	106	23	129	34.2%

Conclusão

Tabela 3 - Características gerais das crianças e cuidadores entrevistados nos serviços de saúde em duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012

Variáveis	UBT (n=306)	ESF (n=71)	TOTAL (n=377)	(%)
Cuidador				
Mãe	289	66	355	94.2%
Pai	8	0	8	2.1%
Avos	6	3	9	2.4%
Outros	3	2	5	1.3%
Cuidador- faixa etária(em anos)				
< 15	1	0	1	0.3%
15 – 25	96	34	130	34.5%
26 – 35	143	19	162	43.0%
36 – 45	57	12	69	18.3%
> 45	7	4	11	2.9%
Não Informado	2	2	4	1.1%
Cuidador - escolaridade				
Não estudou	0	3	3	0.8%
Fundamental incompleto	44	16	60	15.9%
Fundamental completo	24	6	30	8.0%
Médio incompleto	42	18	60	15.9%
Médio completo	162	22	184	48.8%
Superior incompleto	13	5	18	4.8%
Superior completo	21	1	22	5.8%

Fonte: A autora.

Na época da coleta dos dados, do total de profissionais da RA do RF II, dois médicos e duas enfermeiras estavam de licença médica, uma médica de férias, uma médica e duas enfermeiras foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão. Em uma das UBT não tinha enfermeiro na sala da criança.

Participaram do estudo 34 profissionais, 15 profissionais de Taguatinga e 19 do Riacho Fundo II. Houve predominância do sexo feminino (85.3%) e da faixa etária entre 40 a 49 anos de idade. Quanto ao tempo de formado, 32% referiram ter mais de vinte anos e 95% relataram ter alguma especialidade e entre estes o grupo de enfermeiros foi superior. Entre o grupo representante da amostra da ESF, dois médicos têm a especialidade de médico de família e duas enfermeiras em Saúde da Família. A tabela 4 traz a característica da amostra de profissionais de saúde das duas RA.

Tabela 4 - Características dos profissionais dos serviços de saúde em duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.

Variáveis	UBT (N=15)	ESF (N=19)	TOTAL (N=34)	(%)
Sexo				
Feminino	12	17	29	85.3%
Masculino	3	2	5	14.7%
Faixa Etária				
20-29	0	5	5	14.7%
30-39	1	8	9	26,5%
40-49	8	2	10	29,4%
50-59	5	3	8	23,5%
60 ou mais	1	1	2	5,9%
Quanto a Formação				
Médico	8	10	18	62%
Enfermeiro	7	9	16	52%
Tempo de formado (em anos)				
≤ a 2	0	1	1	2.9%
3 ≤ 5	0	5	5	14.7%
6 ≤ 10	3	5	8	23.5%
11 ≤ 20	5	4	9	26.5%
Acima de 20	7	4	11	32.4%
Especialidade				
Sem especialidade	1	4	5	14.7%
Pediatria	8	2	10	29.4%
Medicina de Família	0	2	2	5.9%
Saúde da Família	1	2	3	8.8%
Saúde Pública/coletiva	4	1	5	14.7%
Outras*	1	8	9	26.5%

(*) Auditoria, administração hospitalar, enfermeiro e/ou médico do trabalho, nutróloga, dermatologia, acupuntura e clínica médica; seis profissionais relataram ter mais de uma especialidade.

Fonte: A autora.

Os resultados do desempenho dos atributos da APS isoladamente e dos atributos Essenciais, Derivados e o desempenho Geral da APS, de acordo com a avaliação dos cuidadores e dos profissionais dos dois modelos de APS obtidos pela aplicação do PCATool estão apresentados na Tabela 5. Os valores dos escores maior ou igual a 6.6 estão em negrito. As diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) estão representadas por um asterisco.

Tabela 5- Avaliação de desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde na avaliação dos cuidadores de crianças e dos profissionais médicos e enfermeiros das Unidades Básicas Tradicionais e com a Estratégia Saúde da Família de duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.

DIMENSÃO	Acompanhante				Profissional			
	N	Média	Desvio padrão	<i>p</i>	N	Média	Desvio padrão	<i>p</i>
Afiliação	UBT	306	5,47	2,89	-	-	-	-
	ESF	71	6,80	3,22	0,00*	-	-	-
Acesso - Porta de entrada	UBT	299	8,06	1,99	0,25	-	-	-
	ESF	71	8,37	2,01	-	-	-	-
Acessibilidade	UBT	302	5,45	2,22	0,75	15	3,21	0,96
	ESF	71	5,35	2,36	-	19	2,75	0,65
Longitudinalidade	UBT	306	5,75	1,68	0,00*	15	7,53	1,24
	ESF	71	6,59	1,90	-	19	7,31	1,42
Coordenação - integração de cuidados	UBT	62	5,56	3,52	0,74	15	7,61	1,60
	ESF	6	6,12	3,67	-	19	6,69	1,83
Coordenação - Sistemas de informações	UBT	302	8,16	1,29	0,03*	15	9,19	0,88
	ESF	69	8,50	1,12	-	19	8,37	1,36
Integralidade – serviços disponíveis	UBT	236	6,13	1,31	0,00*	15	5,97	,97
	ESF	57	4,15	1,43	-	19	5,31	1,10
Integralidade – serviços prestados	UBT	302	6,02	3,15	0,63	15	8,36	1,70
	ESF	71	5,79	3,51	-	19	8,35	1,53
Orientação familiar	UBT	303	4,97	2,65	0,12	15	7,57	2,10
	ESF	71	5,51	2,65	-	19	8,55	1,64
Orientação comunitária	UBT	187	3,04	2,31	0,00*	15	6,67	2,39
	ESF	62	6,93	2,59	-	19	5,61	1,57
Essencial	UBT	-	6,32	0,48	0,95	-	6,98	0,64
	ESF	-	6,29	0,34	-	-	6,46	0,65
Derivado	UBT	-	3,99	0,42	0,21	-	7,11	0,21
	ESF	-	6,22	0,28	-	-	7,08	0,64
Geral	UBT	-	5,85	0,43	0,51	-	7,01	0,54
	ESF	-	6,28	0,43	-	-	6,62	0,61

*Teste “*t*” de *Student* para diferença de média; diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as UBT e ESF. Negrito: Média de escore acima de 6,6 (ponto de corte para valor considerado alto).
Fonte: a autora.

Chama a atenção, de início que, na avaliação dos cuidadores dos dois tipos de serviços, existe predominância de baixos escores, tanto para o Escore Geral da APS, que mede o grau de orientação para a Atenção Primária, como também para as dimensões. Mostrando que de certa forma, existe insatisfação com os serviços avaliados. Por outro lado, os profissionais tanto das UBT como da ESF já fazem

uma avaliação mais satisfatória dos seus serviços. Esses resultados também foram obtidos por outros estudos usando a mesma metodologia do PCATool (26,29).

Na análise comparada do Escore Geral da APS, os usuários da ESF apontam uma melhor avaliação, porém sem diferença significativa. Já os profissionais das unidades tradicionais consideram que os seus serviços estão mais orientados para a Atenção Primária, apesar de não existir diferença significativa em relação a ESF. Nesse caso, destacamos o baixo Escore Geral na avaliação dos serviços da ESF, em contraste com os profissionais de outros estados que avaliam os seus serviços como melhores do que os serviços tradicionais como mostramos estudos realizados em outros municípios brasileiros, entre esses: Porto Alegre, São Paulo, Montes Claros, e nove outros municípios da região Centro-Oeste, que apontaram melhores resultados dos atributos da Atenção Primária nos serviços prestados pelas unidades do SF em relação aos tradicionais na avaliação dos usuários e de seus profissionais(30,31,32,46).

Analisando os resultados por dimensão, para os usuários, tanto as UBT como a ESF, funcionam bem como porta de entrada, mas no acesso - utilização dos serviços da AP, os valores foram baixos para ambos os modelos de AP, aqui, tanto na avaliação dos usuários, como dos profissionais. Importante considerar, que a ESF teve uma avaliação mais desfavorável tanto na opinião dos usuários como dos profissionais, mostrando que a presença das equipes nas suas áreas territoriais não fez diferença no acesso aos cuidados da Atenção Primária como esperado.

Quanto ao atributo longitudinalidade, os resultados, mesmos baixos, sugerem que as equipes do Saúde da Família estabelecem vínculo mais forte. Em relação a integralidade, tanto na subdimensão serviços disponíveis, como serviços prestados, os cuidadores estão mais satisfeitos com as Unidades Tradicionais do que com a ESF, com diferença significativa, e os profissionais também concordaram que o leque de serviços das UBT está mais favorável. A dimensão coordenação do cuidado foi bem avaliada nos dois serviços, tanto na opinião dos cuidadores, como dos profissionais.

Nas dimensões, enfoque familiar e orientação comunitária, a ESF foi melhor avaliada pelos usuários e nesse caso com diferença significativa em relação aos Centros Tradicionais. Para os profissionais, as equipes do Saúde da Família cumprem melhor o enfoque familiar e está de comum acordo com a avaliação dos

usuários; porém, na dimensão orientação comunitária a avaliação foi favorável as UBT. Destacamos esse resultado da ESF, principalmente pelo baixo escore na avaliação da própria equipe, considerando que esse atributo é uma das características prioritárias desse modelo de AP. O instrumento de avaliação aplicado considera avaliar o envolvimento da comunidade com os serviços e os resultados nos remete a pensar que para a viabilização do modelo vigente de APS no Brasil, o DF, precisa refletir e superar as dificuldades no cumprimento desse atributo.

O resumo dos resultados estão ilustrados na figura abaixo. Para os profissionais os seus serviços apresentaram um desempenho satisfatório e no atributo coordenação – sistema de informação, as UBT apresentaram resultados estatisticamente superiores ao SF. Por outro lado, para os usuários, os serviços estão satisfatórios apenas como porta de entrada e na subdimensão sistema de informação. Os usuários também avaliaram que a ESF tem melhores resultados nos atributos longitudinalidade, coordenação – sistema de informação e orientação comunitária. Porém na oferta de serviços as UBT apresentaram desempenho estatisticamente superior. O Escore Geral da APS, para os usuários dos dois modelos de APS, foi considerado insatisfatório e para os profissionais, apenas as UBT apresentaram o escore geral satisfatório.

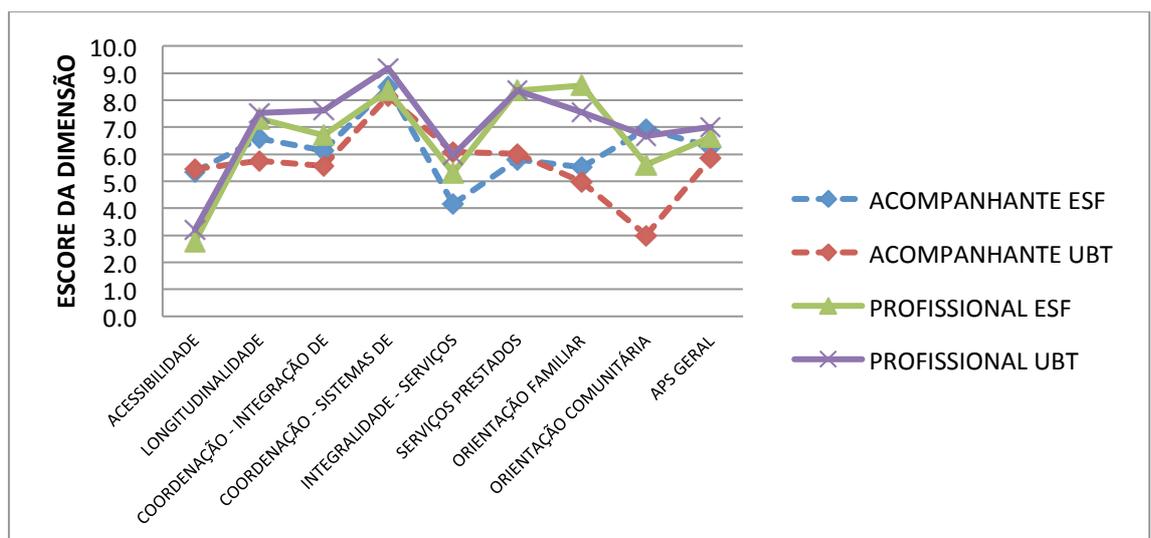


Figura 2. Desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde na avaliação dos cuidadores de crianças e dos profissionais médicos e enfermeiros nas Unidades Básicas Tradicionais e com a Estratégia Saúde da Família de duas Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2012.

No intuito de ampliar a discussão final, faremos um diálogo dos resultados, mediante a combinação das informações colhidas nos dois métodos para a elaboração do informe final.

O grau de afiliação, na percepção dos cuidadores, foi mais satisfatório às equipes da ESF e nesse caso com diferença estatisticamente significativa. A afiliação é um componente estrutural do atributo longitudinalidade e faz parte da avaliação do escore geral da APS. Muito embora a identificação de um serviço como referência para o usuário esteja contemplada no atributo longitudinalidade, optamos em fazer uma avaliação dos resultados do grau de afiliação.

Assim, no que diz respeito à afiliação, para as mães da ESF, essas unidades foram identificadas com mais facilidade como fonte regular de atenção as suas crianças. Por outro lado, mostra um menor reconhecimento dos serviços tradicionais como referência de atenção à saúde. Os resultados favoráveis a ESF se aproximam do que é preconizada nas suas bases organizativas, quanto à vinculação territorial, a organização da oferta de serviço pelas ações programáticas, à proximidade da equipe com as famílias e a convivência dos profissionais nos cotidianos das suas praticas com os seus membros e em seu entorno (comunidade). Todos esses elementos se constituem diferenças singulares das unidades organizadas na lógica da ESF. E os resultados nos CST nos faz compreender que essas unidades se configuram de forma diferente por não possuírem uma adstrição de clientela, pela extensão territorial, a dispersão da população e ainda pelo formato do seu processo organizativo na oferta de ações e serviços de saúde que predomina a livre demanda de atendimento.

Nos estudos feitos por Elias(31), Oliveira (30) e Ibanez (26), ainda que não mencionem diretamente a questão da afiliação dos usuários com os seus serviços, remetem ao vínculo entre aqueles e os profissionais de saúde em seus territórios trabalhados. O que colabora com nossos achados na medida em que a questão do vínculo é expressa por várias falas dos sujeitos entrevistados nesse estudo.

Os dois estratos de falas abaixo revelam a identificação da unidade como um espaço do cuidado, isso nos remete a pensar sobre a afiliação:

(...) a gente até teve uma mãe que morava na área. Fizemos o pré-natal dela, o CD do filho até um ano, ela mudou da área, mudou pra equipe oito e o agente de saúde disse, "Fulana

agora você é da equipe oito, a gente vai passar as consultas do seu filho pra médica da equipe oito”. E a mãe respondeu: “Não eu quero continuar aqui, eu quero a Dra. P, eu quero a Enfermeira M, eu quero não sei o quê!” ai a Agente Comunitária disse: “ ela não quer sair do meu pé, ela me procura, ela me cobra as consultas do filhinho dela”. (E1 ESF)

(...) infelizmente tem aquelas mãe que não são dos nossos endereços que vem uma vez, outra, vem só quando necessita, mesmo assim elas vêm com aquela certeza de que ela vai encontrar apoio, entende. (E3 UBT)

Em síntese podemos afirmar que a identificação dessas unidades por parte das mães, se configura em uma relação positiva do ato de cuidar.

O acesso como porta de entrada parece adequado, no entanto, **o acesso às ações e serviços** ainda está complicado na percepção dos usuários e também dos profissionais dos distintos serviços. Esse resultado é semelhante ao encontrado, por Macinko(43), em Petrópolis, Chomatas(29), em Curitiba, e Elias et al (31), no município de São Paulo. Em São Paulo, Elias (31) sugere dificuldades estruturais na oferta de serviços, para além das de organização interna às unidades. Observado nos rígidos e limitados horários de funcionamento das UBS, principalmente nas grandes metrópoles, prejudicando o acesso de parcela da população trabalhadora aos serviços de Atenção Primária. Na opinião dos profissionais entrevistados no DF, a limitação do horário de funcionamento das Unidades, também foi considerado como um dos fatores que dificultam o acesso, assim como a organização da agenda de atendimento das equipes do SF que disponibiliza um horário semanal para o atendimento à população infantil estudada, limitando o acesso, principalmente para assistência à criança doente.

Ao serem questionados sobre a compreensão do conceito a cerca do acesso os entrevistados apontam para o direito dos pacientes de circular nas unidades da ESF. Essa profissional verbaliza de forma enfática que o acesso é:

(...) O direito de ir e vir, de ser atendido naquele momento que provavelmente a paciente acha que deveria. Então acesso, acessibilidade é o contato que ele teria com a unidade, (o direito) de entrar e sair. (E2 ESF).

Na compreensão dos profissionais da UBT o acesso também se reflete nas formas de organização das UBS, no tocante ao acolhimento e na capacidade da

resposta do serviço as necessidades do usuário, como dispositivos facilitadores do acesso.

(...) aqui no CS? Eu entendo o acesso do usuário assim, como um lugar que ele procura que tem que ter a facilidade de atendimento, uma facilidade no acolhimento, pra gente tentar fazer o possível para ajudá-lo no que ele precisa. Para mim é isso, o acesso dele aqui é isso, livre, pra que a gente possa ajudá-lo em alguma coisa, na necessidade dele. (E3 UBT)

De qualquer forma, a fala que se segue nos faz refletir que a compreensão no entorno do acesso, no entendimento dos profissionais, se restringi a chegada aos serviços como uma espécie de “portas giratórias” amarradas as dinâmicas organizacionais dos serviços.

(...) acesso é quando o paciente vem ao serviço e ele é acolhido, não necessariamente ele tem que ter a consulta imediata, no acolhimento que é feito, se há uma necessidade de atendimento imediato, se você pode agendar aquele paciente, colocando ele, mesmo na Atenção Básica, dentro ali de um protocolo de classificação. (M1 ESF)

Esta dinâmica funcional é impeditiva e impõe barreiras a um diálogo a ser estabelecido entre as demandas e expectativas da população, por um lado, e a sensibilidade dos serviços de estar aberta a este diálogo, por outro lado.

Embora se esperasse que a ESF pudesse assegurar o acesso para além da porta de entrada, no que afirma outros autores a exemplo de Travassos e Martins *apud* Sousa(8), o conceito de acesso é muito complexo, difuso e às vezes impreciso e que é necessário levar em conta os referenciais do tempo, espaço, contexto e objetivos. Nesse sentido, nos chama a atenção para a importância de entender a diferença entre acesso e o uso de serviço, acesso e a continuidade do cuidado, acesso e efetividade dos cuidados prestados.

Entre os fatores facilitadores para assegurar o acesso, os entrevistados revelam que a presença do ACS no SF faz a diferença para a sua extensão, uma vez que estabelece a ponte entre os serviços e as famílias as quais estão vinculadas as suas áreas de atuação. As falas que se seguem ilustram essas afirmativas.

(...) Não existe dificuldade de acesso, a gente tem a captação pelos agentes comunitários, usando a ficha das crianças.

Temos a monitorização da data do parto, justamente para a gente poder captar e avaliar o RN [recém-nascido] e a puérpera o mais precoce. Então aqui, posso responder que no meu serviço a gente tem essa facilidade de acesso. (M1 ESF)

Ainda em relação à diferença da presença do agente comunitário na equipe, o entrevistado M4 ESF reforça a importância da integração da comunidade e os serviços.

(...) a partir do momento, por exemplo, que eles gostam da ESF, eles gostam que o acesso é mais facilitado. Eles não precisam acordar de madrugada e ir à fila, é o próprio ACS que vai a casa dele e coloca para eles “olha você tem uma consulta dia tal com o profissional” ou então eles vêm aqui e conseguem uma consulta provavelmente três, quatro semanas já estão sendo atendidos. (M4 ESF)

Os extratos das falas nos remetem as duas concepções do acesso e acessibilidade, o primeiro como porta de entrada aos serviços de saúde e o segundo como características organizativas dos seus serviços. No que afirma Starfield(2), acessibilidade e acesso podem ser medidos a partir dos argumentos expressos tanto pela população quanto pelas unidades que tem a responsabilidade na oferta e prestação dos serviços.

Esses relatos nos auxiliam a compreender que diferentemente do que apresenta a pesquisa, no tocante ao acesso é preciso pensar naquilo que aponta Sousa: “o acesso como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, a família e a comunidade, gestores e equipes do PSF, permeada pelo vínculo e pela corresponsabilidade, no exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos no processo do cuidar da saúde – doença – morte – como expressões de respeito autonomia e participação” (9).

Os resultados desse estudo, nos mostra que, para se aproximar dos pressupostos defendidos pelos autores e de certa forma mencionadas nas falas dos entrevistados, nos leva a pensar que o acesso nesse ponto de vista no DF ainda se constitui uma lacuna.

Na dimensão longitudinalidade, a ESF, mesmo sem atingir um escore satisfatório, foi considerada a melhor opção na avaliação dos cuidadores. Já para os profissionais, os dois serviços apresentaram valores adequados.

Para esse atributo é importante considerar a percepção dos cuidadores e dos profissionais, considerando que a essência da longitudinalidade é uma relação que se estabelece ao longo do tempo entre os indivíduos e um profissional ou equipe de saúde. Como também, a presença e o uso de uma fonte habitual de cuidados.

A presença das equipes da ESF junto à população, e a responsabilidade do cuidado estendido à família provavelmente foram fatores que facilitaram a formação do vínculo com essas mães. Outro fator facilitador observado é a oportunidade da equipe de acompanhar os diversos momentos dos ciclos de vida da criança e da família, como verbalizado nas falas desses profissionais:

(...) a gente vê crescer, vê a gestação, vê a criança nascer, ver o desenvolver dela, vê as dificuldades da mãe com a pega, então a gente acaba acompanhando sempre porque está na nossa área e como a gente tem muito tempo na mesma área. A equipe não muda muito, é a mesma equipe há três anos, então fica mais fácil. (E3 ESF)

(...) Então eu vejo assim, é o cuidado desde o pré-natal até a fase que ela se diz pré-adolescente, que já não é mais uma criança, que ela já começa a tomar conta da sua própria vida e a procurar a unidade, já como uma consulta para o adulto, já não seria mais criança. (E2 ESF)

(...) você dando esse cuidado, esse suporte desde o início, desde a concepção, durante a gestação desse feto, depois do nascimento, o primeiro ano, segundo ano do CD, crianças obesas, dando os cuidados mesmo primários, cuidados básicos você consegue uma família saudável, um grupo saudável, que vai estar bem, um grupo cuidado. Você estando próxima a comunidade consegue um suporte bem interessante. (M4 ESF)

Para os profissionais das UBT, o tempo do profissional no serviço favorece a extensão do vínculo, como também a responsabilidade compartilhada entre a equipe cuidadora e os responsáveis pela criança.

(...) Isso é muito bom, eu estou pegando agora já os filhos das pacientes. Elas já têm aquela identidade com a gente, tanto comigo, como com a outra pediatra. Ela chegou primeiro e eu já estou há 20 anos aqui, (...) eu dou a liberdade para elas (as mães) virem no dia que elas quiserem. Pode vir me procurar em qualquer momento que precisar. (M2 UBT).

(...) as mães conhecem a gente. Elas já chegam aqui e querem falar com a enfermeira, porque as mães eles já me conhecem, eu trabalho aqui há 20 anos, (...) eu cobro esse retorno das mães, eu quero saber o que aconteceu, se a criança está bem, se está sendo acompanhada. Então a criança, até os que fazem acompanhamento especializado no hospital de câncer, elas retornam, elas falam como é que estão. (E3 UBT)

O acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento (CD) da criança foi considerado uma estratégia importante para a extensão do cuidado longitudinal, como também para a integralidade e para a coordenação do cuidado pela equipe cuidadora das UBS. De acordo com o MS(19), o seguimento da criança será feito visando estreitar o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidade de abordagem de promoção da saúde, prevenção de problemas e cuidado em tempo oportuno. Nesse contexto, os profissionais dos distintos serviços, tem nas consultas periódicas de acompanhamento da saúde da criança a oportunidade do envolvimento de toda a equipe de saúde, como também a possibilidade da identificação dos fatores determinantes a qualidade de vida da criança, em seu contexto familiar e social.

Nesse relato, esse profissional do SF, nos leva a pensar no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança como uma estratégia para o estabelecimento do vínculo.

(...) Primeiro que eles vão ter essas consultas, pelo menos nos primeiros anos de vida garantido, só pra acompanhar mesmo, e quando tiver alguma coisa tem que procurar (...) o agente de saúde faz o contato, o auxiliar de enfermagem participa, pelo menos da triagem e da avaliação inicial da criança, a enfermeira e o médico fazem as consultas alternadas do crescimento e desenvolvimento. (M2 ESF)

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento se constitui, portanto, como uma estratégia importante para uma relação terapêutica mútua e duradoura entre os cuidadores e profissionais, e para o reconhecimento dos serviços como fonte de cuidado. Mesmo assim, observa-se nos relatos abaixo, que não existe uniformidade entre os serviços, nem a garantia do acompanhamento a todas as crianças como preconizado pela SES-DF.

(...) A nossa realidade, é até os dois anos e depois disso vem pra uma consulta anual, que aí entraria como saúde da criança. (E4 ESF)

(...) nós fazemos o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento certinho, antes era até os cinco, mas como houve o aumento da população, a gente teve que restringir e aí nós conseguimos marcar só até aos três anos. Porque elas vão ser acompanhadas em todos os passos, desde pequeno até maior e quando vão passar para a clínica médica, as mães já falam: “ai doutora agora a gente vai ter que ir para a clínica médica”? (M2 UBT)

(...) Bom o cuidado da criança aqui começa desde o nascimento e vai até a faixa etária quando atingem 11 anos e 11 meses. Então todo esse período a criança é acompanhada e nesse Centro de Saúde, toda criança mesmo aquela que não está mais dentro do grupinho do CD, a gente pesa, mede, vê estatura, vê se está crescendo bem. (E3 UBT)

(...) Então a gente segue aquele protocolo que está ali desenvolvido já para criança, para saúde da criança, até cinco anos de vida. Então até um ano de vida, praticamente é uma consulta por mês, são 12 consultas praticamente. Então é o cuidado continuado dessa saúde da criança. (M1 ESF)

A pouca permanência da família na sua área e o atendimento as crianças fora de área, estão associados à dificuldade de adesão ao acompanhamento do CD, e como fatores dificultadores para o cuidado longitudinal.

(...) Seria ótimo trabalhar com uma população que não mudasse nunca de endereço. Porque a gente conseguiria ter maior domínio, maior conhecimento, maior vínculo, mas a realidade que a gente tem hoje é uma população muito mutável. (E4 ESF)

(...) bem, só no acompanhamento do CD que a gente vê que a falha maior é daqueles que moram mais longe e não tem condições de fazer o acompanhamento, (...)as que não fazem direito o CD são realmente as de fora. (E1 UBT)

O cuidado longitudinal se constitui um atributo essencial no contexto do cuidado infantil, no sentido de que a relação com uma fonte regular de cuidados, implica na sua escolha para a atenção em cada novo problema. No entanto, e de acordo com Starfield(2), é necessário que esta fonte habitual de atenção seja

integral e coordenadora. Para Cunha(47), apesar da importância como atributo estruturante da APS, a longitudinalidade não representa respostas para todas as demandas, a articulação com outros níveis de atenção e a intersetorialidade precisam estar presentes.

Nesse estudo, a superioridade desse atributo nos serviços da ESF vai ao encontro das características dos seus princípios organizativos, como adstrição de clientela, a territorialização e o cuidado a família, que favorecem o fortalecimento do vínculo entre o profissional e a comunidade.

A avaliação do leque de serviços disponíveis, pelos usuários, também não foi satisfatória. Porém, nessa dimensão, o desempenho das unidades tradicionais foi sensivelmente superior às equipes da ESF. Nesse caso, também os profissionais avaliaram que a oferta de serviços não está adequada.

Para a prática da integralidade os serviços de saúde precisam ter a capacidade de identificar as necessidades de saúde dos indivíduos, e disponibilizar uma variedade de serviços que dê respostas a essas necessidades. No geral, as mães avaliaram que nem sempre esses serviços atendam as necessidades mais comuns das suas crianças. Nos relatos dos profissionais e na observação dos pesquisadores alguns fatores estruturais e processuais, foram identificados que certamente comprometem a integralidade da atenção à saúde das crianças.

O melhor desempenho das UBT provavelmente está associado às melhores estruturas, a presença diária de pediatras nas unidades e a melhor oferta de ações e atividades direcionadas as crianças do que na ESF. Na ESF, algumas unidades não disponibilizam vacinas e a inadequação das estruturas físicas impossibilita atividades de promoção em grupo. A utilização dos espaços comunitários nem sempre são adequados para atividades coletivas, como foi observado. A organização da agenda disponibilizando um único período para atendimento, também pode ser um fator limitador para a assistência à criança quando adoecer. Estes fatores certamente comprometem o cuidado integral à saúde da criança se considerarmos todas as dimensões: a prática da promoção, da prevenção, e da cura. A falta de especialistas na rede de serviços também é um fator que compromete o cuidado, o que nos levar a pensar que estamos longe do ideal para atingir a integralidade do cuidado.

Os relatos dos profissionais a seguir, apontam como esses fatores são observados na prática diária dos serviços:

Nas ações de promoção, da prevenção e da cura:

(...) acho um absurdo a falta de vacina, pelo fato de ser zona rural e o acesso ser complicado, o paciente tem que se deslocar mil e poucos quilômetro até uma pista, para poder vacinar. É um trabalho integral pela metade, porque realmente, vacina é primordial na saúde da criança. (E2 ESF)

(...) a gente aqui (na própria equipe), atividade educativa, é meio frustrante. (E1 ESF)

(...) dentista que é meio complicado, porque tem aquele negócio que entre onze meses a um ano tem a primeira consulta com o dentista pelo programa cárie zero. Só que muitas vezes têm pacientes aqui, que vêm de outro local e chega aqui com um ano e pouquinho, o que acontece? (M4 UBT)

(...) acho que em termos de ações, acho um pouco deficitário. Assim, não tem programas específicos iguais à gente vê em outros lugares, acho que isso é um déficit que temos. Programa de amamentação todo específico, por exemplo, com palestras, aqui tem só da alimentação, (M3 UBT)

Relacionados às questões estruturais e organizacionais:

(...) não conseguimos fazer as palestras educativas porque não tem local nem espaço (...) então na questão das palestras educativas fica muito ruim, desde que a equipe mudou para cá. A unidade tem quatro equipes o espaço é muito pequeno, até pra todo mundo atender não tem espaço pra ninguém. Então fica a desejar mesmo, acho que para todas as equipes dessa unidade. (E3 ESF)

(...) acho que às vezes o nosso atendimento médico é deficiente, com a rotina, com a pressa, em o não ouvir não é? E na pediatria a gente não tem como fazer isso, se você não ouvir você não consegue atender de forma ampla. (M3 UBT)

Oferta de serviços em outros níveis de atenção à saúde:

(...) a gente tem recebido muitos encaminhamentos das escolas de crianças com problemas diversos, como TDH, e a

gente não vem conseguido solucionar esses problemas de maneira nenhuma, (...) psiquiatria infantil na rede, a gente não consegue acesso. (E4 ESF)

(...) no nível da atenção básica, como médica de família, a gente tem tentado fazer o que é possível, o que é viável. Mas, já para o nível secundário e terciário, é preciso ter uma parceria maior, uma regulação melhor e muitas vezes é precária. (M1 ESF)

(...) ontem, pedi um raio-X de seio da face, falei para a mãe: "tenta fazer na Policlínica que é mais rápido aí já traz agora pra gente ver, vou deixar até seu prontuário aqui, chegando aqui na porta a senhora bate". E a tarde ela veio: "sim cadê o exame"? "Ele fez, mas só dia vinte e tantos dias vai ficar pronto". É complicadíssimo. (M4 UBT)

Diante desses relatos, conclui-se que o desafio para o alcance da integralidade está principalmente relacionado a problemas estruturais e organizacionais nos serviços avaliados. Por outro lado a identificação das necessidades do indivíduo está relacionada à compreensão do conceito amplo de saúde e a ESF tem maior reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença e melhor percepção da compreensão de integralidade. Na fala desses profissionais a integralidade, se expressa na forma como eles vivenciam as suas práticas:

(...) A integralidade para mim, está muito dentro do atendimento humanizado, de você ver desde a questão de saúde física da criança, até os fatores envolvidos, que é a relação familiar, o ambiente que ela vive, quem é que cuida, como é esse cuidado, a questão da atenção a outras variáveis do atendimento. (...) as visitas domiciliares no intuito de ver quando a gente detecta algum caso possível de violência física ou psicológica. (...) a população que a gente trabalha é uma população de baixa renda, e diversas vezes a gente se depara com situações de desestrutura familiar, de pais que de repente agridem a criança. Para mim, a integralidade é isso, não só a questão do CD, da criança vir e acompanhar a saúde física, mas as outras variáveis da saúde, saúde mental e o ambiente, a estrutura da família também. (E4 ESF)

(...) Integralidade? A gente tenta na verdade. A consulta muitas vezes, com quinze minutos, é difícil você falar muitas coisas.

Integralidade é ver alguma coisa de doença, se a criança tem alguma doença e falar sobre prevenção. O ideal na verdade

era falar sobre prevenção. Muitas vezes se vê os fatores de risco. Então, se o menino está um pouco mais gordinho e tudo, então você fala e dá um pouco mais de atenção. Aí você vai falar sobre o problema da obesidade, do sedentarismo, hipertensão arterial. (M4 UBT)

Para Sousa (22), a integralidade, como princípio da política de saúde, remete à compreensão de que os fatores que interferem na saúde da criança são amplos e perpassam por outros setores que não só a saúde. O modelo médico hegemônico ainda prevalece nas práticas em saúde e se expressam por ações prioritariamente curativas, centradas na doença e sem a complementaridade das ações de proteção, promoção e prevenção de agravos à saúde infantil.

No caso do DF, observamos que o enfoque forte na prevenção e atenção às doenças dos profissionais das UBT, refletem o modelo médico hegemônico dominante, repercutindo nas práticas de saúde desses serviços. Por outro lado para os profissionais da ESF já se observa um novo olhar, em todas as dimensões do cuidado, e na percepção das necessidades da criança, da família, e da comunidade.

Ainda em relação à ESF, a presença do agente comunitário de saúde e a visita domiciliar, se constituem como recursos a mais na variedade de serviços como lembrado na fala de E1 ESF, favorecendo a extensão da integralidade:

(...) talvez em um sistema tradicional, você vai fazer um cuidado só dentro do consultório e orientar só o que você está vendo. O cuidado integral envolve o agente comunitário que está lá todo mês e ele sabe te dizer “essa criança é bem cuidada, essa criança não é. Essa criança a mãe não faz a vacina. Essa criança a mãe diz que amamenta, mas não amamenta.”Você visualiza a criança além do que a mãe fala. Quando você vai a casa você consegue enxergar coisas que elas te dizem que é o ideal, mas não é. (E1 ESF)

Diante do exposto, concluímos que a insatisfação dos usuários em relação à oferta de serviços nos dois modelos reflete o não cumprimento do atributo na sua integralidade, e de comum acordo com os profissionais, no baixo escore atribuído nas suas falas, quando remetem a situação de suas práticas, das questões estruturais e da rede de serviços da SES. Principalmente no caso da ESF que já incorpora a compreensão completa do conceito de integralidade do cuidado, tendo

na estrutura dos seus serviços e nos demais fatores impeditivos, limitações para a prática efetiva desse atributo.

O quarto atributo essencial da APS a coordenação do cuidado, na subdimensão sistema de informação, de acordo com os usuários e dos profissionais os resultados das avaliações foram satisfatórias. Nesse caso, não observou-se problemas em relação à presença e a utilização dos prontuários, muito embora, mesmo considerando que nos serviços de saúde no DF o recurso do prontuário único faz parte do seu processo de trabalho, alguns problemas são observados como: duplicidade de prontuários (prontuários hospitalares), inadequação da qualidade da informação e questões referentes ao arquivamento nos serviços da AP. Sabe-se que a implantação de prontuários eletrônicos é um recurso necessário para qualificar as informações relativas aos pacientes em qualquer ponto da rede de atenção e já vem sendo implantado nos serviços da SES-DF, porém no momento do estudo as RA avaliadas ainda não contavam com esse recurso.

Na subdimensão integração dos cuidados, os usuários avaliaram como inadequada. Nesse sentido, nos relatos dos profissionais observaram-se alguns problemas comprometedores para a integração entre os serviços, e mostra a fragilidade da nossa rede de serviços em dar resposta as necessidades de saúde da população infantil. Os relatos abaixo apontam algumas dificuldades para coordenação que estão além da resolubilidade dos serviços da Atenção Primária, nas duas RA, e mostram o esforço dos profissionais na tentativa de responderem as diversas situações para o cumprimento da integralidade do cuidado à criança.

(...) Existe uma dificuldade grande, porque primeiro a referencia é complicada, é difícil porque falta vaga, falta profissional. Quando o problema precisa ser enviado para o nível secundário às vezes se perde, o cuidado fica interrompido porque a pessoa às vezes não tem acesso nunca, fica um ano ou anos esperando. (M2 RF II)

(...) Existe uma dificuldade grande, porque primeiro a referencia é complicada, é difícil porque falta vaga, falta profissional. Quando o problema precisa ser enviado para o nível secundário às vezes se perde, o cuidado fica interrompido porque a pessoa às vezes não tem acesso nunca, fica um ano ou anos esperando. (M2 RFII)

(...) Eu tive muita dificuldade quando vim para Brasília em termos de realização de exames e encaminhamento, eu acho muito problemático. (...) hoje ainda, eu passei pra direção, quando você pede um exame a mãe realiza o exame some, porque sai daqui, tem que fazer em outro lugar. (...) a relação com os outros serviços não é boa, assim você fica se sentindo trabalhando sozinho, mais ou menos. (M3 UBT)

(...) a gente não tem aquele feedback, a gente encaminha a criança e... Muitas vezes eu pergunto pra mãe: e aí teve a consulta com o neurologista? A senhora já pediu? “Não ou já teve”. Mas não foi anotado nada. “Não ele passou exame fez isso...”, quando a mãe sabe falar, porque quando a mãe não sabe você fica sem saber de nada. E são difíceis esses encaminhamentos que a gente faz, demora muito tempo. (M4 UBT)

Em um estudo realizado em cinco cidades brasileiras consideradas de grande porte, Almeida (48) considerou que para além da organização dos fluxos e integração da rede, a garantia da atenção integral depende da suficiente oferta de procedimentos especializados. Nesse sentido, problemas relacionados à coordenação da atenção à saúde como a infraestrutura das Unidades Básicas, o sistema de apoio diagnóstico, os sistemas eletrônicos de informações clínicas, a comunicação entre os níveis de serviços, a oferta de especialistas e a redefinição da Rede de Atenção à Saúde se constituem desafios para o sistema de saúde no DF tendo a AP como coordenadora dos cuidados.

Considerando que, sem adequada coordenação do cuidado, a longitudinalidade perde muito do seu potencial, a integralidade fica comprometida e o primeiro contato torna-se um ato apenas administrativo(3), o DF tem também nesse atributo o desafio de superar as dificuldades, na perspectiva de uma APS coordenadora do seu sistema de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo partiu da análise da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, direcionado ao processo de cuidado integral à saúde da criança, comparando-o nas Unidades Básicas de Saúde Tradicional e na Estratégia Saúde da Família, no âmbito do Sistema Único de Saúde no DF.

De início, é clara a diferença existente entre a avaliação dos usuários e dos profissionais de saúde. Tanto na avaliação geral da APS como em quase todas as suas dimensões, os usuários consideram menos positiva nos dois modelos de serviços.

No geral, observa-se que os profissionais costumam avaliar os seus serviços melhor do que os usuários, e no Distrito Federal isso não foi diferente, porém, os resultados mais favoráveis aos Centros Tradicionais contrastaram com outros municípios brasileiros. No entanto, lembramos que este resultado diz respeito apenas a duas RA e que o SF do Riacho Fundo II ainda não funciona de acordo com as normas organizativas do MS pelas suas dificuldades estruturais e operacionais.

Percebemos que o exercício das práticas dos profissionais, tanto das unidades tradicionais quanto das equipes da ESF a compreensão sobre a base conceitual e operacional sobre acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, apresenta-se difusa, confusa e, às vezes, numa relação de dependência com as formas de organização batizadas por conceitos tradicionais.

Assim, no cotidiano do trabalho observamos que os profissionais dos dois modelos vêm se esforçando no sentido de facilitar o acesso como porta de entrada e o cuidado ao longo do tempo e que, consideramos potencialidades. Entretanto o acesso aos cuidados disponíveis, o atributo coordenação do cuidado e integralidade verificamos frágil nas práticas dos profissionais.

Somado a isso, os atributos em seu conjunto apresentam-se frágeis porque as unidades de saúde, tanto tradicional, quanto da ESF se vem diante de altas demandas, a sobrecarga de trabalho, a falta de insumos estratégicos, e pouca decisão política em organizar a rede de atenção em uma nova lógica do cuidado integral, nesse caso da criança.

Observamos que, no conjunto de ações de intervenção direcionadas a criança, as equipes da ESF já a visualizam no seu contexto familiar e a família como o sujeito da atenção. Nesse sentido, destacamos a extensão do cuidado no domicílio, este, tem se constituído como espaço relevante para o desenvolvimento de ações de cuidado e promoção de saúde, do reconhecimento dos problemas não apenas no âmbito biológico, como também psicológico e social; ampliando o seu leque de serviços e ao mesmo tempo favorecendo o fortalecimento do vínculo entre a família e seus cuidadores.

Analisamos ainda os elementos que se constituem, fatores facilitadores e dificultadores para a existência e extensão desses atributos, neles encontramos: no tocante as facilidades, algumas causas que circulam entre as relações estabelecidas na oferta e na demanda das ações e serviços de saúde, onde os Agentes Comunitários de Saúde apresentam-se como mediadores dessa relação. Estes passando a atuar como facilitador do acesso, em particular.

O fato dos ACS circularem com mais “propriedade” nos territórios de atuação das ESF é fator que facilita a coordenação e o desenvolvimento na busca pela integralidade. Apesar do modelo organizativo das Unidades Tradicionais não contarem com o apoio direto desses sujeitos, estas, também buscam ampliar o acesso às ações e serviços de saúde à criança, ainda que se imponham na lógica do modelo médico assistencial.

No geral, a força de orientação para a APS no DF foi considerada baixa, na opinião dos usuários dos distintos serviços, porém mais favorável a Estratégia Saúde da Família, sem diferença estatisticamente significativa em relação às Unidades Básicas Tradicionais. Entretanto, apesar da amostra do estudo ser representativa de duas Regiões Administrativas com modelos distintos de APS, não podemos inferir os resultados para as demais Regiões Administrativas, muito embora seja possível que as demais RA possam repetir as conclusões apresentadas.

Para finalizar, consideramos importantes estudos científicos que possam contribuir para melhor avaliação da APS em outras Regiões Administrativas do DF, contribuindo assim para subsidiar a construção de um modelo consistente de APS, principalmente quando se tem a opinião de profissionais e usuários, que nesse

estudo apontam que precisamos refletir urgentemente sobre os rumos tomados pelos nossos serviços no cuidado à população infantil do DF.

REFERÊNCIAS

1. UNICEF. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferencia internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Brasília: OMS, UNICEF.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2004.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Coleção Para Entender a Gestão do SUS - 2011, v. 3. Brasília: CONASS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. OPAS/OMS. Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. /Organização Pan-Americana de Saúde: Ministério Da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: OPAS, 2011.
5. Distrito Federal (DF). Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Atenção Primária. Plano Distrital: Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal - estratégia de apoio à consolidação de redes de atenção à saúde. Brasília, 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Escorel S (Coord.), Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
7. Hildebrand SM. O modelo político – tecnológico da atenção à saúde da família no distrito Federal: 1997- 2006 [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.

8. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. [internet] [acesso em 2013 fev]. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/index.php>
9. Sousa MF. Programa saúde da família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.
10. Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de Saúde e Equidade. São Paulo em Perspectiva 2003; 17(1): 48-53.
11. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L et al. (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.439-545.
12. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2)
13. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
14. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciências & Saúde Coletiva. 2009; 14(1).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)
16. WHO. Relatório Mundial em Saúde: Atenção Primária em Saúde – Agora Mais do Que Nunca [Internet] [acesso em 2011 dez]. Disponível em: <https://new.paho.org/bra/index.php?option=com>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. [Internet]. [acesso em 2012 mai]. Disponível em: [http:// www.saude.gov.br/psf](http://www.saude.gov.br/psf)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Portaria n. 3.925 de 13 de novembro de 1998. Lex: Diário Oficial da União 13 de nov. de 1998.
19. UNICEF. Relatório da sessão especial da assembleia geral das nações unidas sobre a criança. As metas das nações unidas sobre o milênio [Internet] [acesso em 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/um_mundo.pdf
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
21. Frias PG, Mullachery PH, Giugliani ERJ. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.85-110.
22. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. Rev. Gaúcha Enferm[Internet]. 2010.
23. Macinko J, Guanais F, Souza MFM. An evaluation of the impact of the family health program on infancy mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006.
24. Starfield B, et al. Measuring consumer experiences with primary health care. Pediatrics, 2000 abr; 105(4): 998-1003.
25. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice, 2001; 50(2): 161-75.

26. Ibanez N, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. 2006.
27. Vega R, Martinez J, Acosta N. Evaluación rápida Del desempeño de La red pública de servicios de salud de Suba em el logro de los atributos de La Atención Primaria de Salud – APS. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Enferm]. 2009.
28. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. Ann Fam Med March 1, 2008 vol. 6 no. 2 116-123.
29. Chomatas VER. Avaliação da Presença e extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde no Município de Curitiba em 2008 [dissertação][Internet]. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2009.
30. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
31. Elias PE. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciências & Saúde Coletiva. 2006; 11(3)
32. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da Atenção Primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2011.
33. Harzheim E, et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22(8).

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010. [Internet]. [acesso em 2013]. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php.
35. IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Censo Geográfico e Estatístico. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 2013.
36. *Situação Social nos Estados: o caso do Distrito Federal*, lançado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) [Internet] [Acesso em 2013]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=12921
37. Distrito Federal. *Companhia de Planejamento do Distrito Federal: Retrato da Infância e da Adolescência no Distrito Federal*. [Internet]. [acesso em 2012 fev]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br>
38. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. [Acesso em 2013] Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01
39. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde [Internet]. [Acesso em 2012]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
40. Creswell JW. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2010.
41. Minayo MCS, Sanches O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? Cad. Saúde Públ. 1993 jul-set; 9 (3): 239-62.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PrimaryCareAssessment tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

43. Macinko J, Almeida C, Oliveira DSE, Klingelhofer DSP. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19(4): 303-317.
44. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. – 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
45. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
46. Stralen V, Cornelis J, et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013.
47. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013.
48. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Atenção Primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revi Panam Salud Publica*. 2011; 29(2): 84–95.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ACESSO:

1- Em relação ao acesso (acessibilidade) à saúde, como você entende isso?

1.a - Cite exemplos de estratégias adotadas pelo seu serviço que visem à garantia da acessibilidade.

LONGITUDINALIDADE:

3 – Em relação à saúde da criança, o que você entende por cuidado ao longo do tempo?

3.a - Na sua unidade, como acontece o cuidado as crianças ao longo do tempo?

3.b - Quais as estratégias adotadas por você para garantir a continuidade dos cuidados à saúde da criança?

3.c - As crianças que procuram o seu serviço são cuidados pela mesma equipe? Quem compõe a equipe cuidadora?

3.d - Em sua opinião, existe por parte das mães o reconhecimento dessa unidade como fonte de cuidado da sua criança?

INTEGRALIDADE:

4. - O que você entende por integralidade do cuidado à saúde da criança?

4.a – Quais as ações organizadas pelo o seu serviço de modo a garantir o cuidado integral à criança?

4.b - Em sua opinião, para cuidar de forma integral a saúde da criança o que necessita fazer?

COORDENAÇÃO:

5. Qual a sua compreensão sobre coordenação do cuidado?

5.a - Como a equipe se organiza para assegurar à coordenação do cuidado a saúde da criança?

5.b - Cite exemplos de estratégias adotadas pelo serviço que visem à garantia da coordenação dos cuidados.

5.c – Como você vê a relação desta Unidade com os outros serviços na SES que também prestam atenção à criança? E como isto acontece?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

Nº:	UBS:
-----	------

Projeto: Atributos da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal na atenção integral à criança.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuários

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da **pesquisa**: Atributos da Atenção Primária à Saúde no DF: Estudo comparado entre Unidades Básicas de Saúde Tradicional e a Estratégia Saúde da Família no cuidado integral à saúde da criança. O nosso objetivo é analisar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto do cuidado integral à saúde da criança, comparando as Unidades Básicas que atuam no modelo tradicional e as Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP- Universidade de Brasília.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá em responder um questionário para avaliar os atributos da Atenção Primária no seu serviço de saúde. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. A entrevista será feita enquanto espera pelo atendimento, e contaremos com cerca de 20 minutos da sua atenção. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá desistir em qualquer momento. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa – FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob o número de registro 151/2012.

Eu,..... (paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos.

Nome do entrevistado

Assinatura

Data

Nome do pesquisador

Assinatura

Data

Pesquisador responsável: Rosânia de Lourdes Araújo

Telefone: (061) 32036414 Cel: 81772558

Email: rosaniaa@gmail.com

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nº:

UBS:

Projeto: Atributos da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal na atenção integral à criança.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais

Esta pesquisa irá analisar “a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto do cuidado integral à saúde da criança, comparando as Unidades Básicas que atuam no modelo tradicional e as Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família”. **O título da pesquisa é “Atributos da Atenção Primária à Saúde no DF: Estudo comparado entre Unidades Básicas de Saúde Tradicional e a Estratégia Saúde da Família no cuidado integral à saúde da criança”.** Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao “Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP/ Universidade de Brasília - UNB”. Farão parte do estudo os profissionais médicos pediatras e de família e, enfermeiros que participam do atendimento a criança, nas Unidades Básicas de Saúde das Regionais de Saúde de Taguatinga e Núcleo Bandeirante, que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação compreenderá em responder a um instrumento para avaliar os atributos da Atenção Primária à saúde no seu serviço de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa – FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob o número de registro 151/2012.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado (a) da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos.

Nome do entrevistado_____
Assinatura_____
Data_____
Nome do pesquisador_____
Assinatura_____
Data

Pesquisador responsável: Rosânia de Lourdes Araújo

Telefone: (061). 32036414 Cel: 81772558

Email: rosaniaa@gmail.com

APÊNDICE D - CONVITE FEITO AOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DE TAGUATINGA E RIACHO FUNDO II

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ao Dr (a):

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UNB) solicita sua colaboração para participar da pesquisa **“Atributos da Atenção Primária à Saúde no DF: Estudo comparado entre Unidades Básicas de Saúde Tradicional e a Estratégia Saúde da Família no cuidado integral à saúde da criança”**.

Este estudo pretende levantar informações sobre a Atenção Primária à Saúde no DF, objetivando analisar a presença e a extensão dos seus atributos, comparando as Unidades Básicas Tradicionais e as Unidades Básicas da ESF, com foco no cuidado integral à saúde da criança. Está sendo realizada por um grupo de pesquisadores pertencente ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP- Universidade de Brasília, e como responsável a Dra. Rosânia de Lourdes Araújo, mestranda da Faculdade de Ciências da Saúde /UNB, pediatra do HRAN e técnica do Núcleo de Saúde da Criança da SES-DF.

O estudo abrangerá duas Regiões Administrativas: Taguatinga e Riacho Fundo II, com 22 Unidades Básicas de Saúde no total, e com distintos modelos de APS. As informações que apoiarão esse estudo serão obtidas em duas etapas: mediante aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool – Primary Care Assessment Tool aplicado a médicos pediatras (um por Centro de Saúde) e de família, enfermeiros das UBS e, aos cuidadores de crianças; e na segunda etapa de uma entrevista semiestruturada para uma subamostra de médicos e enfermeiros. Os dados serão coletados por estudantes e profissionais da área de saúde, devidamente treinados e supervisionados pelo pesquisador responsável.

É fundamental destacar que todas as informações serão mantidas em sigilo e o(a) respondente não será identificado(a), em momento algum. Sua privacidade está assegurada. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio técnico, acadêmico e científico. Dessa forma, contamos com sua boa vontade e seu senso de colaboração com a ciência e ao mesmo tempo em que agradecemos a sua contribuição, nos colocamos a sua disposição para prestar esclarecimentos relacionados ao estudo.

Oportunamente lembramos que o projeto em questão encontra-se em conformidade com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF sob o número 151/2012 e tem a aprovação da Coordenação Regional de Saúde de Taguatinga.

Grata,

Brasília, 28 de junho de 2012.

Mestranda Rosânia de Lourdes Araújo (e-mail: rosaniaa@gmail.com, telefone: 61-81772558);

Professora Doutora Maria Fátima de Sousa

APÊNDICE E - SOLICITAÇÃO A DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ASA NORTE PARA UTILIZAÇÃO DO CSB13 COMO PROJETO PILOTO

Brasília, 02 de julho de 2012.

Sra. Diretora da DIRAPS da Regional da Asa Norte.

Venho por meio deste, solicitar a V.Sa. a sua colaboração no sentido de permitir a aplicação de um instrumento de pesquisa junto a mães, pediatras e enfermeiro da sala da criança, como teste de validação para o Projeto de Pesquisa: **“Atributos da Atenção Primária à Saúde no DF: Estudo comparado entre Unidades Básicas de Saúde Tradicional e a Estratégia Saúde da Família no cuidado integral à saúde da criança”**, em uma das Unidades Básicas de Saúde da Asa Norte. O teste será feito em uma unidade, no período de 8hs.

Este estudo pretende levantar informações sobre a Atenção Primária à Saúde no DF, objetivando analisar a presença e a extensão dos seus atributos, comparando as Unidades Básicas Tradicionais e as Unidades Básicas da ESF, com foco no cuidado integral à saúde da criança. Está sendo realizada por um grupo de pesquisadores pertencente ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP- Universidade de Brasília, e como responsável a Dra. Rosânia de Lourdes Araújo, mestranda da Faculdade de Ciências da Saúde /UNB, pediatra do HRAN e técnica do Núcleo de Saúde da Criança da SES-DF.

É fundamental destacar que todas as informações serão mantidas em sigilo e o(a) respondente não será identificado(a), em momento algum. Sua privacidade está assegurada.

Dessa forma, contamos com sua boa vontade e seu senso de colaboração com a ciência e ao mesmo tempo em que agradecemos a sua contribuição, nos colocamos a sua disposição para prestar esclarecimentos relacionados ao estudo.

Oportunamente lembramos que o projeto em questão encontra-se em conformidade com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF sob o número 151/2012.

Muito Obrigada,

Rosânia Araújo

ANEXO A - MANUAL DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –PCATool

MANUAL DE TRABALHO

PROJETO: Atributos da Atenção Primária à Saúde no DF: Estudo comparado entre Unidades Básicas de Saúde Tradicional e a Estratégia Saúde da Família no cuidado integral à saúde da criança.

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

- Com os CUIDADORES:

1. Selecionar as crianças/cuidador: crianças menores de dois anos de idade (se completar 2 anos na data da entrevista deve ser excluída) que estejam na UBS, independente do motivo e se o cuidador concordar em participar).
2. Explicar o projeto e solicitar assinatura no termo de consentimento;
3. Aplicar o questionário. Antes de iniciar a entrevista o TCLE deve ser lido e assinado;
4. AGRADECER A PARTICIPAÇÃO.
5. OBS: Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa / avaliação.

- Com os PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

6. Identificar o profissional: Em Taguatinga - médico pediatra (em caso de mais de um pediatra no momento da entrevista, aplicar o questionário a apenas um. Sugerir que a escolha seja feita entre eles), e o enfermeiro da sala da criança. Em RF II médicos e enfermeiros das Equipes da ESF.
7. Explicar o projeto e solicitar assinatura no termo de consentimento;
8. Aplicar o questionário. Antes de iniciar a entrevista, o TCLE deve ser lido e assinado.
9. Explicar que a segunda parte da pesquisa vai acontecer na outra semana.
10. AGRADECER A PARTICIPAÇÃO.

2. Instruções Gerais para Aplicação do PCATool-Brasil

- Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome;
- Seja simpático. O instrumento é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa / avaliação será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade;
- Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra.;
- Tenha sempre o telefone do responsável pela pesquisa / avaliação no seu celular, caso necessite acessá-lo com rapidez;

- Formule os itens exatamente como estão escritos. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, REPITA DEVAGAR O ITEM. Use os parênteses para explicar o sentido do item. NÃO INDUZA AS RESPOSTAS;
- Sempre mostre o Cartão Resposta. Quando indicado, leia as alternativas;
- Em algumas partes do instrumento, um só enunciado serve de guia para uma série de pequenos itens. Lembre-se de repeti-lo a cada três ou quatro itens, principalmente se a pessoa estiver com dificuldades para entendê-los;

- NUNCA DEMONSTRE CENSURA, APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO OU SURPRESA DIANTE DAS RESPOSTAS. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
- Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita o item de maneira mais enfática, cuidando para não induzir a resposta. Se você perceber um certo viés nas respostas por receio de falar a verdade, ou por gostar demais do profissional ou lhe ter antipatia, fale novamente sobre o caráter neutro e independente da pesquisa, e de que as respostas devem ser sinceras;
- Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: “2 ou 3 vezes”), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se o entrevistado não souber, marque o valor inferior;
- Algumas pessoas podem acabar se prolongando demais na hora de responder ao instrumento, tangenciando as respostas, contando histórias, etc. Para tornar a conversa mais fluida e a aplicação possível operacionalmente, devemos ser ágeis e evitar que a conversa fuja demais do instrumento. É preciso ter sensibilidade e tato para interromper com educação e fazer as pessoas retornarem aos itens;
- Se a resposta do entrevistado for “sim”, e ele tem que escolher a resposta entre as alternativas “Com certeza sim” e “Provavelmente sim”, leia apenas as respostas afirmativas e a opção neutra “Não sei/Não lembro”. Se, por outro lado, a resposta for “não”, leia apenas as opções negativas: “Provavelmente não” ou “Com certeza Não”, e a opção “Não sei/Não lembro”;
- Se o entrevistado não entender o termo “provavelmente”, leia as respostas “provavelmente sim” como “Acho que sim” e “provavelmente não” como “Acho que não”;
- As informações entre parênteses no instrumento servem de orientação ao entrevistador ou, algumas vezes, trazem exemplos ilustrativos do caráter do item. Somente devem ser lidas para o entrevistado caso haja dificuldade de compreensão;
- Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: “serviço de saúde é o local onde você vai quando está doente ou quando quer fazer uma consulta de rotina, tirar dúvidas sobre sua saúde, receber orientações, prevenir doenças, por exemplo: uma Unidade Básica de Saúde, um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros”;
- Lembre-se: o instrumento é individual. Não considere as respostas que outro familiar der aos itens que estão sendo feitos ao entrevistado. Isso comumente ocorre com idosos ou jovens, quando o cuidador ou o pai tenta responder os itens com informações que crê serem mais precisas que as que estão sendo dadas. Não podemos, porém, permitir esse tipo de viés na coleta;
- AO TERMINAR O INSTRUMENTO, ainda no serviço de saúde, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido;
- Nunca deixe uma resposta em branco, a não ser as dos “pulos” indicados no instrumento;
- Não use abreviações ou siglas, a menos que tenham sido fornecidas

CARTÃO RESPOSTA

COM	PROVAVELMENTE	PROVAVELMENTE	COM	NÃO SEI
CERTEZA	SIM	NÃO	CERTEZA	NÃO LEMBRO
SIM			NÃO	

ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PCATool

Versão - Criança/Cuidador

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

1-Cidade ou Região Administrativa: IC01:

1,RA I Taguatinga

2,RA II Riacho Fundo II

2-UBS:IC02:

1,CST 01 - TAG-10901

2,CST 02 - TAG-10928

3,CST 03 - TAG-10936

4,CST 04 - TAG-10944

5,CST 05 - TAG-10626

6,CST 06 - TAG-10952

7,CST 07 - TAG-10960

8,CST 08 - TAG-2617269

9,ESF-EQU 01 - RFII-3410196

10,ESF-EQU 02 - RFII-2660199

11,ESF-EQU 03 - RFII-3742881

12,ESF-EQU 04 - RFII-3742830

13,ESF-EQU 05 - RFII-2673924

14,ESF-EQU 06 - RFII-3742881

16,ESF-EQU 07 - RFII-3742830

17,ESF-EQU 08 - RFII-2660199

18,ESF-EQU 09 - RFII-5038669

19,ESF-EQU 10 - RFII-5038669

20,ESF-EQU 11 - RFII-5038669

21,ESF-EQU 12 - RFII-5038669

22,ESF-EQU 13 - RFII-3410196

23,ESF-EQU 14 - RFII-2660199

3-Código: IC03 (codificação do número da entrevista/unidade)

Numérico:

4-Nome do entrevistador: IC04

Texto aberto

5-Nome completo da mãe/cuidador: IC05

Texto aberto

6-Se não for a mãe, qual a relação com a criança: IC06

1,Pai

2,Avós

3,Cuidador/babá

4,Outros

7-Data de nascimento da mãe/cuidador: IC07

(dd/mm/aaaa) Texto aberto

8-Nome completo da CRIANÇA: IC08

TEXO ABERTO

9-Data nascimento da CRIANÇA: IC09

(dd/mm/aaaa) TEXTO ABERTO

10-Sexo da CRIANÇA: IC10

1,Masculino

2,Feminino

11-Até que série a mãe completou com aprovação na escola? IC11

1,não estudou

2,não sabe informar

31,fundamental 1 série

32,fundamental 2 série

33,fundamental 3 série

34,fundamental 4 série

35,fundamental 5 série

36,fundamental 6 série

37,fundamental 7 série

38,fundamental 8 série

41,médio 1 série

42,médio 2 série

43,médio 3 série

51,superior incompleto

52,superior completo

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1-Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva a criança quando ela está doente

ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dela? A01

1,Não

2,Sim

A1a-Nome do profissional ou serviço de saúde: A01a

TEXTO ABERTO

A1b-Endereço: A01b

TEXTO ABERTO

A2-Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor a ... como pessoa? A02

1,Não

2,Sim - mesmo médico/enfer./serv. saúde

3,Sim - diferente médico/enferm/serv. saúde

A2a-Nome do profissional ou serviço de saúde: A02a

TEXTO ABERTO

A2b-Endereço: A02b

TEXTO ABERTO

A3-Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) (nome da criança)? A03

1,Não

2,Sim - mesmo que A1 e A2 acima.

3,Sim - o mesmo que A1 somente.

4,Sim - o mesmo que A2 somente.

5,Sim - diferente de A1 e A2.

A3a-Nome do profissional ou serviço de saúde: A03a

TEXTO ABERTO

A3b-Endereço: A03b

TEXTO ABERTO

A4-Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: A04

TEXTO ABERTO

A5-Sr. Entrevistador(a): Esclareça ao entrevistado que a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre a pessoa citada acima. (nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde) A05 – TEXTO ABERTO

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

B1-Quando sua criança necessita de uma consulta de rotina (consulta de acompanhamento do CD) , você vai ao seu (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) antes de ir a outro serviço de saúde? B01

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

B2-Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) antes de ir a outro serviço de saúde? B02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

B3-Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) tem que encaminhá-la obrigatoriamente? B03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 5,Nunca precisou
- 9,Não sei - Não lembro

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1-Quando o(a) (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia? C01

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

C2-Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro)? C02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

C3-É fácil marcar hora para uma consulta de acompanhamento (consulta de CD) no(a) (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro)? C03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

C4-Quando você chega no (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro), você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C04

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

C5-É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) quando você pensa que é necessário? C05

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

C6 – Quando o (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C06

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D – LONGITUDINALIDADE

D1-Quando você vai ao (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro), é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes? D01

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D2-Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o (médico/ enfermeiro) que melhor conhece sua criança? D02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D3-Você acha que o (médico/enfermeiro) da sua criança entende o que você diz ou pergunta? D03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D4-O(a) (médico/ enfermeiro) responde suas perguntas de maneira que você entenda? D04

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D5-O(a) (médico/ enfermeiro) lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?

D05

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D6-Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/ enfermeiro”? D06

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D7-O (médico/ enfermeiro) conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde? D07

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim

- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D8-O(a) (médico/ enfermeiro) conhece a história clínica (médica) completa de sua criança? D08

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D9-O(a) (médico/enfermeiro) sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando? D09

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D10-Você mudaria do (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer? D10

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D11–Você acha que o(a) (médico/enfermeiro) conhece a sua família bastante bem? D11

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D12–O/a (médico/ enfermeiro) sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família? D12

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D13–O/a (médico/enfermeiro) sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança? D13

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim

- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

D14–O (médico/enfermeiro) saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa? D14

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1-Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro)? E01

- 1,Sim
- 2,Não
- 3,Não sei/ não lembro

E2-O(a) (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) indicou (encaminhou) a sua criança para consultar com este especialista ou serviço especializado? Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. E02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

E3-O(a) (médico/ enfermeiro) da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado? E03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

E4-O (médico/enfermeiro) de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta? E04

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

E5-Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu (médico/ enfermeiro) conversou com você sobre esta consulta? E05

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

E6-O seu (médico/enfermeiro) pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado? E06

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

F1-Quando você leva sua criança no (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação) F01

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

F2-Quando você leva sua criança no(a) (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro), o prontuário dela está sempre disponível na consulta? F02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

F3-Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no (nome do serviço de saúde ou nome médico/ enfermeiro)? F03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

G1-Vacinas (imunizações) Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no (nome do serviço de saúde)” G01

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G2-Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (por ex; bolsa família...) G02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G3-Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais G03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G4-Programa de suplementação nutricional (ex: leite e alimentos) G04

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G5-Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir) G05

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G6-Aconselhamento para problemas de saúde mental G06

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G7-Sutura de um corte que necessite de pontos G07

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G8-Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV G08

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

G9-Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)? G09

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

H1-Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.

H01

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim

9,Não sei - Não lembro

H2-Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança. H02

1,Com certeza Não

2,Provavelmente Não

3,Provavelmente Sim

4,Com certeza Sim

9,Não sei - Não lembro

H3-Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ... H03

1,Com certeza Não

2,Provavelmente Não

3,Provavelmente Sim

4,Com certeza Sim

9,Não sei - Não lembro

H4-Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança. H04

1,Com certeza Não

2,Provavelmente Não

3,Provavelmente Sim

4,Com certeza Sim

9,Não sei - Não lembro

H5-Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão. H05

1,Com certeza Não

2,Provavelmente Não

3,Provavelmente Sim

4,Com certeza Sim

9,Não sei - Não lembro

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

I1-O seu (médico/enfermeiro) lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança? I01

1,Com certeza Não

2,Provavelmente Não

3,Provavelmente Sim

4,Com certeza Sim

9,Não sei - Não lembro

I2-O seu (médico/enfermeiro) já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança? I02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

I3-O (médico/enfermeiro) se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança? I03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

J1-Alguem do (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro)faz visitas domiciliares J01

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

J2-O(nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) conhece os problemas importantes de saúde de sua vizinhança? J02

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O (nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro) realiza alguma destas?

J3-Faz levantamento deproblemas de saúde da comunidade nas casas? J03

- 1,Com certeza Não
- 2,Provavelmente Não
- 3,Provavelmente Sim
- 4,Com certeza Sim
- 9,Não sei - Não lembro

J4-Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde? J04

1,Com certeza Não

2,Provavelmente Não

3,Provavelmente Sim

4,Com certeza Sim

9,Não sei - Não lembro

ANEXO C –INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PCATool

Versão - Profissionais de Saúde

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

1-Cidade ou Região Administrativa: IC01

1,RA I Brasília

2,RA II Gama

3,RA III Taguatinga

4,RA IV Brazlândia

5,RA V Sobradinho

6,RA VI Planaltina

7,RA VII Paranoá

8,RA VIII Núcleo Bandeirante

9,RA IX Ceilândia

10,RA X Guará

11,RA XI Cruzeiro

12,RA XII Samambaia

13,RA XIII Santa Maria

14,RA XIV São Sebastião

15,RA XV Recanto das Emas

16,RA XVI Lago Sul

17,RA XVII Riacho Fundo

18,RA XVIII Lago Norte

19,RA XIX Candangolândia

20,RA XX Águas Claras

21,RA XXI Riacho Fundo II

22,RA XXII Sudoeste/Octogonal

23,RA XXIII Varjão

24,RA XXIV Park Way

25,RA XXV SCIA - (Cidade Estrutural)

26,RA XXVI Sobradinho II

27,RA XXVII Jardim Botânico

28,RA XXVIII Itapoã

29,RA XXIX SIA - Setor de Indústria e Abastecimento

30,RA XXX Vicente Pires

2-UBS: IC02

1,CST 01 - TAG-10901

- 2,CST 02 - TAG-10928
- 3,CST 03 - TAG-10936
- 4,CST 04 - TAG-10944
- 5,CST 05 - TAG-10626
- 6,CST 06 - TAG-10952
- 7,CST 07 - TAG-10960
- 8,CST 08 - TAG-2617269
- 9,ESF-EQU 01 - RFII-3410196
- 10,ESF-EQU 02 - RFII-2660199
- 11,ESF-EQU 03 - RFII-3742881
- 12,ESF-EQU 04 - RFII-3742830
- 13,ESF-EQU 05 - RFII-2673924
- 14,ESF-EQU 06 - RFII-3742881
- 16,ESF-EQU 07 - RFII-3742830
- 17,ESF-EQU 08 - RFII-2660199
- 18,ESF-EQU 09 - RFII-5038669
- 19,ESF-EQU 10 - RFII-5038669
- 20,ESF-EQU 11 - RFII-5038669
- 21,ESF-EQU 12 - RFII-5038669
- 22,ESF-EQU 13 - RFII-3410196
- 23,ESF-EQU 14 - RFII-2660199

3-Código: IC03

NUMÉRICO

4-Nome do entrevistador: IC04

TEXTO ABERTO

5-Você trabalha em: IC05

1,Centro de Saúde

2,Equipe de Saúde da Família

6-A sua idade está inserida em qual das faixas etárias abaixo? IC06

1,20 – 29

2,30 – 39

3,40 – 49

4,50 – 59

5,60 – 69

6,70 – 79

7,80 ou mais

7-Qual seu sexo? IC07

1,Masculino

2,Feminino

8-Qual é a sua formação? IC08

- 1,Médico(a) Pediatra
- 2,Médico(a) de Família
- 3,Enfermeiro(a)

9-Você atende paciente: IC09

- 1,de todas as idades
- 2,crianças e adolescentes (<18 anos)
- 3,crianças menores de 12 anos
- 4,somente adulto

10-Você possui alguma especialidade/especialização? IC10

- 1,Não
- 2,Sim

10a-Em que? IC10a

TEXTO ABERTO

10b-Em qual grau? IC10b

TEXTO ABERTO

11-Há quanto tempo é formado? IC11

- 1,Menos de 1 ano
- 2,≥ 1 ano e ≤ 2 anos
- 3,>2 anos e ≤ 5 anos
- 4,>5 anos e ≤ 10 anos
- 5,> 10 anos e ≤ 20 anos
- 6,Mais de 20 anos

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

A1-Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? A01

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

A2-Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs? A02

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim

- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

A3-Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A03

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

A4-Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário? A04

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

A5-Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? A05

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 3,Provavelmente não
- 2,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

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? A06

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

A7-Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? A07

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

A8-É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? A08

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

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)? A09

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B - LONGITUDINALIDADE

B1-No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro? B01

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B2-Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem? B02

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B3-Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles? B03

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B4-Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor? B04

- 4,Com certeza sim

- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B5-Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? B05

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B6-Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? B06

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B7-Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? B07

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B8-Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? B08

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B9-Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende? B09

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

B

- 4,Com certeza sim

- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

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

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

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

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

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

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

C1-Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? C01

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

C2-Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute eles sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? C03

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

C3-Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? C03

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

C4-Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado? C04

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

C5-Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? C05

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

C6-Depois da consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta? C06

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

D1-Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? D01

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

D2-Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? D02

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

D3-Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende? D03

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?
(Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

E1-Aconselhamento nutricional E01

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E2-Imunizações E02

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E3-Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social E03

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E4-Avaliação da saúde bucal E04

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não

1,Com certeza não
9,Não sei/Não lembro

E5-Tratamento dentário E05

4,Com certeza sim
3,Provavelmente sim
2,Provavelmente não
1,Com certeza não
9,Não sei/Não lembro

E6-Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais E06

4,Com certeza sim
3,Provavelmente sim
2,Provavelmente não
1,Com certeza não
9,Não sei/Não lembro

E7-Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas) E07

4,Com certeza sim
3,Provavelmente sim
2,Provavelmente não
1,Com certeza não
9,Não sei/Não lembro

E8-Aconselhamento para problemas de saúde mental E08

4,Com certeza sim
3,Provavelmente sim
2,Provavelmente não
1,Com certeza não
9,Não sei/Não lembro

E9-Sutura de um corte que necessite de pontos E09

4,Com certeza sim
3,Provavelmente sim
2,Provavelmente não
1,Com certeza não
9,Não sei/Não lembro

E10-Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV E10

1,Com certeza sim
2,Provavelmente sim
3,Provavelmente não
4,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

E11-Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)? E11

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

E12-Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)? E12

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

E13-Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido) E13

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

E14-Remoção de verrugas E14

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

E15-Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolau) E15

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

E16-Aconselhamento sobre como parar de fumar E16

4,Com certeza sim

3,Provavelmente sim

2,Provavelmente não

1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

E17-Cuidados pré-natais E17

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E18-Remoção de unha encravada E18

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E19-Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma) E19

E20-Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair) E20

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E21-Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama E21

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

E22-Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos). E22

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Você atende pacientes (leia as alternativas): F00

- 4,de todas as idades
- 3,crianças e adolescentes (<18 anos)
- 2,crianças menores de 12 anos
- 1,somente adultos

Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?

F1-Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente F01

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

F2-Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança F02

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

F3-Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura F03

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

F4-Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças F04

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

F5-Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária F06

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não

- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

G1-Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? G01

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

G2-Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? G02

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

G3-Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar? G03

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

H1-Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? H01

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não
- 9,Não sei/Não lembro

H2-Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? H02

- 4,Com certeza sim
- 3,Provavelmente sim
- 2,Provavelmente não
- 1,Com certeza não

9,Não sei/Não lembro

H3- Seu serviço de saúde ouviu opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? H03

4, Com certeza sim

3, Provavelmente sim

2, Provavelmente não

1, Com certeza não

9, Não sei/Não lembro

Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?

Pergunte:

H4- Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? H04

4, Com certeza sim

3, Provavelmente sim

2, Provavelmente não

1, Com certeza não

H5- Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? H05

4, Com certeza sim

3, Provavelmente sim

2, Provavelmente não

1, Com certeza não

9, Não sei/Não lembro

H6- Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários) H06

4, Com certeza sim

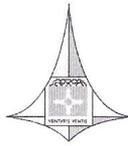
3, Provavelmente sim

2, Provavelmente não

1, Com certeza não

9, Não sei/Não lembro

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 184/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 151/2012 – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF: ESTUDO COMPARADO ENTRE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 21/06/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 21 de junho de 2012.

Atenciosamente,


Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF