

**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**Marcela Melquiades de Melo**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS  
INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS E DA QUALIDADE DOS  
SERVIÇOS EM POPULAÇÃO INFANTIL**

**Juiz de Fora**  
**2015**

**Marcela Melquiades de Melo**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS  
INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS E DA QUALIDADE DOS  
SERVIÇOS EM POPULAÇÃO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Profª Drª Estela Márcia Campos  
Coorientador: Prof Dr Ronaldo Rocha Bastos

**Juiz de Fora  
2015**

## RESUMO

Os sistemas de saúde orientados pela lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) compreendem uma opção na organização da assistência à saúde que tem-se mostrado capaz de trazer ganhos na saúde da população. Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família tem o propósito de organizar a prática da atenção à saúde no primeiro nível de atenção, ocupando papel central no Sistema Único de Saúde e representando a proposta de reorientação do modelo assistencial no Brasil. No entanto, compreende um grande desafio o processo de reestruturação do modelo, tornando-se relevante avaliar os resultados e impactos alcançados, assim como a qualidade dos serviços ofertados. Diante de tal contexto é que o estudo objetivou avaliar a efetividade e a qualidade da APS na população infantil de 0 a 9 anos no município de Juiz de Fora/MG. Trata-se de estudo transversal que avaliou a APS tomando como referência as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no período de 2010 a 2012 e por meio da aplicação do PCATool em uma amostra. Ocorreram 12.412 internações na população infantil de 0 a 9 anos residente em Juiz de Fora, sendo 4.117 ICSAP. As Pneumonias Bacterianas (40,0%) foram as principais causas de tais internações seguidas por Bronquite Aguda (18,4%), das Gastroenterites Infeciosas (11,6%) e das Epilepsias (7,6%). O PCATool foi aplicado em 104 cuidadores, 54,8% apontaram vinculação com o nível primário de atenção à saúde (UAPS-SF e UAPS-Tradicional) e 45,2% com outros serviços, definindo três estratos de análise. Os atributos Longitudinalidade, Coordenação – Sistema de Informações e Orientação Familiar apresentaram forte presença e extensão entre os entrevistados vinculados APS. O componente Utilização do atributo Acesso de Primeiro Contato apresentou forte presença e extensão independente do serviço referenciado pelo cuidador. A Orientação Comunitária foi o atributo que obteve os piores resultados. O escore geral foi insatisfatório para os três estratos. Apesar dos estudos apontarem uma tendência de redução nas taxas de ICSAP a nível nacional, os resultados do presente estudo mostram um aumento dessas internações no município de Juiz de Fora. A forte orientação somente na APS de atributos como a Longitudinalidade e Orientação Familiar, compreende um aspecto positivo na avaliação da APS do município visto que esses são atributos característicos desse nível de atenção. No entanto, destaca-se a Orientação Comunitária, ponto fundamental da APS, apresentar resultado insatisfatório. Na análise bivariada, a única variável que se mostrou significativamente associada ao EEAPS foi a faixa etária do cuidador. Para o EGAPS, apresentaram associação significativa as variáveis situação conjugal e modelo de atenção - estrato da amostra. Tanto para o EEAPS como para o EGAPS, a variável Prevalência de ICSAP não se mostrou significativamente associada. Conclui-se a necessidade dos gestores de saúde direcionarem o olhar para APS, com ênfase em seus atributos, para melhor operacionalizar e potencializar a capacidade resolutiva desse nível de atenção, podendo refletir nas internações por CSAP, mesmo não apresentando associação estatística significativa no presente estudo, uma vez que essas são eventos que não deveriam acontecer na presença de uma APS resolutiva e oportuna.

**Palavras-chave:** Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde.

Hospitalização.

## ABSTRACT

The health systems oriented by the Primary Health Care (PHC) logic comprise option on the organization of the health assistance that has proved able to bring gains for the health of the population. With that in mind the Family Health (FH) strategy has the purpose to organize the practice of attention to health at the first level of attention, taking a central role at the Unified Health System and representing the purpose of reorientation of the caring model in Brazil. However, the restructuring of the model comprises a major challenge, becoming relevant to evaluate the results reached and the quality of the offered services. Ahead of such context the study had as objective to evaluate the effectiveness and the PHC quality on the infantile population ranging from 0 to 9 years old in the municipality of Juiz de Fora/MG. This is about a cross-sectional study that assessed the PHC taking the Hospitalizations for Primary Care-Sensitive Conditions (HPCSC) in the period between 2010 to 2012 and through the application of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) in a sample. 12.412 hospitalizations occurred amongst the infantile population ranging from 0 to 9 years old living in Juiz de Fora, being 4.117 HPCSC. The Bacterial Pneumonia (40,0%) were the main causes of such hospitalizations followed by Acute Bronchitis (18,4%), Infectious Gastroenteritis (11,6%), and by the Epilepsies (7,6%). The PCATool was applied to 104 care takers, 54,8% indicated a link with the PHC (PHCU-FH and Traditional-PHCU) and 45,2% with Other Services, defining three layers of analysis. The attributes Longitudinality, Coordination – Information System and Family Guidance showed strong presence and extension amongst the interviewees linked to the PHC. The component Use of the attribute Primary Health Care showed strong presence and extension independently on the referenced service by the care taker. Community Guidance was the attribute having the worst results. The PHC Essential Score (PHCES) was unsatisfactory for the PHCU-FH and Other Services while the PHC General Score (PHCGS) for the three layers. Despite of the studies showed a national tendency of reduction of the HPCSC rates, the results of the present study show an increase of those hospitalizations in Juiz de Fora. The strong orientation of attributes as Longitudinality and Family Guidance only on the primary level comprise positive aspects on the assessment of the PHC of the municipality since those attributes are characteristic of this level of attention. However, Community Guidance stands out, fundamental point of the PHC, by presenting unsatisfactory result. On the bivariate analysis, the only variable that has proved itself importantly linked to the PHCES was the care taker's age group. For the PHCGS, it has shown important association to the variables marital status and model of attention – sample layer. Both to the PHCES as to the PHCGS, the variable prevalence of HPCSC has not shown itself importantly linked. We can conclude the need of the health managers for attracting the attention to the PHC, with emphasis in their attributes, to better operate and potencialize the response capacity of this level of attention, being possible to reflect on the HPCSC, once these events that should not happen at the presence of a resolute and appropriate PHC.

**Keywords:** Children's Health. Primary Health Care. Quality of Health Care Evaluation. Hospitalization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fórmula para transformação de escala .....	31
Gráfico 1: Gráfico de dispersão - EEAPS e a prevalência de ICSAA – Modelo UAPS-SF ....	56
Gráfico 2: Gráfico de dispersão - EEAPS e a prevalência de ICSAA - Modelo UAPS- Tradicional .....	56
Gráfico 3: Gráfico de dispersão - EEAPS e a prevalência de ICSAA - Outros Serviços .....	57
Gráfico 4: Gráfico de dispersão - EGAPS e a prevalência de ICSAA - Modelo UAPS-SF ....	57
Gráfico 5: Gráfico de dispersão - EGAPS e a prevalência de ICSAA – Modelo UAPS- Tradicional .....	58
Gráfico 6: Gráfico de dispersão - EGAPS e a prevalência de ICSAA - Outros Serviços .....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição por sexo e faixa etária das internações na população infantil 0 a 9 anos - Residentes de Juiz de Fora – 2010 a 2012.....	36
Tabela 2. Distribuição das causas de internações por CSAA na população infantil 0 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012– Lista SES/MG .....	37
Tabela 3. Distribuição das causas de internações por CSAP na população infantil 0 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012– Lista MS .....	38
Tabela 4. Variação das ICSAA de acordo com as listas brasileira e mineira na população infantil 0 a 9 anos – Residentes em Juiz de Fora, MG, Brasil – 2010 a 2012 .....	40
Tabela 5. Distribuição por sexo das causas de ICSAA na faixa etária de menores de 1 ano – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012 .....	42
Tabela 6. Distribuição por sexo das causas de ICSAA na faixa etária de 1 a 4 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012 .....	43
Tabela 7. Distribuição por sexo das causas de ICSAA na faixa etária de 5 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012 .....	44
Tabela 8. Prevalência ICSAA por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS população infantil 0 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012 .....	46
Tabela 9. Distribuição das causas de ICSAA por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS na população infantil 0 a 9 anos – Residente na área urbana de Juiz de Fora – 2010 a 2012 ..	47
Tabela 10. Prevalência ICSAA nas quatro principais causas por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS na população infantil 0 a 9 anos – Residente na área urbana de Juiz de Fora – 2010 a 2012.....	48
Tabela 11. Características sociodemográficas dos cuidadores por tipo de UAPS.....	50
Tabela 12. Distribuição dos escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde, Escore Essencial da Atenção Primária e Escore Geral da Atenção por Modelo de Atenção .....	54
Tabela 13. Média e Desvio Padrão (DP) dos escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde, Escore Essencial da Atenção Primária e Escore Geral da Atenção por Modelo de Atenção .....	55
Tabela 14. Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e características da criança e do cuidador e estratos da amostra para o EEAPS e EGAPS .....	56
Tabela 15. Regressão Logística Binária para o EEAPS e EGAPS .....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMAQ	Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CID-10	10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CSAA	Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EEAPS	Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde
EFAPS	Escore Geral da Atenção Primária à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ICSAA	Internação por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
ICSAP	Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária
HRJP	Hospital Regional João Penido
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PCATool	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROADESS	Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família

RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIS-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SMC-JF	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UAPS-SF	Unidade de Atenção Primária à Saúde com Saúde da Família
UAPS-Tradiciona	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2- REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
<b>3- OBJETIVOS</b> .....	25
<b>4- MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	26
4.1- CENÁRIO DO ESTUDO .....	26
4.2-ASPECTOS ÉTICOS .....	28
4.3- IDENTIFICAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	29
4.4- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	30
<b>4.4.1- Amostra</b> .....	30
<b>4.4.2- Instrumento de Avaliação da qualidade da APS</b> .....	31
4.5- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....	34
4.6- ANÁLISE DE DADOS .....	34
<b>5- RESULTADOS</b> .....	36
<b>6- DISCUSSÃO</b> .....	61
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	74
<b>APÊNDICES</b> .....	82
<b>ANEXOS</b> .....	92

## 1- INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata no ano de 1978, compreendeu um marco mundial para a saúde ao enfatizar o conceito de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e reafirmar a saúde como direito fundamental. Além disso, o documento resultante dessa Conferência aponta o nível de atenção primária como fonte de cuidado essencial de saúde, sendo universalmente acessível, com plena participação das famílias e a custo que a comunidade e o país possam suportar. Tal evento propôs “Saúde para todos no ano 2000” e, para tanto, incentivou o desenvolvimento e aplicação de ações de cuidados primários em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979).

Nesse sentido, essa Conferência influenciou debates sobre as políticas de saúde por todo o mundo. No Brasil, as influências dos pressupostos destacados em Alma Ata somaram-se ao lema “Saúde e Democracia” da Reforma Sanitária, movimento social brasileiro que buscava mudanças democráticas na área da saúde (AROUCA, 2013). Foi neste cenário que aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, afirmando a saúde como direito e com um conceito mais abrangente, sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ainda na VIII Conferência, aponta-se para a necessidade de reformulação do sistema de saúde no país que resulte na criação de um sistema de saúde que seja único e atenda efetivamente o conceito ampliado de saúde garantindo o acesso equânime e uma assistência integral (BRASIL, 1986). Essas conquistas constituíram-se no embrião do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi criado em 1988 com a Constituição Federal (CF). O artigo nº 196 da CF define a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, devendo este ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A fim de materializar o que foi reconhecido no texto constitucional tornou-se necessário elaborar leis e políticas públicas de saúde articuladas com políticas econômicas e sociais (BRASIL, 1986). Nesse contexto, a Lei 8.080/90 regulamenta o SUS, fundamentado em princípios como a universalidade, equidade, integralidade e participação social (BRASIL, 1990).

Desde então, inúmeros avanços vem ocorrendo na implementação do SUS, entre eles, a ampliação do acesso aos cuidados de saúde e a cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal (PAIM et al., 2011). Associado a isso, mudanças expressivas no modelo assistencial com a priorização da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido desenvolvidas no SUS com vistas à consolidação de seus princípios.

Reforçando o que já havia sido debatido em Alma Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) destaca vários estudos que apontam que sistemas de saúde fortemente orientados pela APS apresentam resultados melhores e mais equitativos, com menores custos, além de mais eficientes e com maior satisfação de seus usuários (OPAS, 2011). Com isso, evidencia-se a afinidade dos princípios do SUS por um modelo orientado pela lógica da APS.

No contexto brasileiro, desde 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), busca-se uma prática orientada pela lógica da APS. Já em 1997, a Saúde da Família (SF) configura-se como a estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como objeto de atenção a família vista a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1997a). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) reconhece o nível de atenção primário como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e com a responsabilidade de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em um delimitado território. Ainda dentro da PNAB foram revisadas e adequadas as diretrizes e normas de organização desse nível de atenção, sendo reforçada a atenção à criança como uma área programática, apontando tal área como prioritária (BRASIL, 2006).

No entanto, compreende um grande desafio o processo de reestruturação do modelo assistencial do SUS orientado pela APS tornando-se relevante avaliar os resultados e impactos alcançados, assim como a qualidade dos serviços ofertados de modo a verificar se as responsabilidades designadas para a atenção primária estão sendo atingidas e estão sendo capazes de produzir ganhos de equidade, integralidade, qualidade, entre outros, impactando positivamente na saúde da população.

Enquanto procedimento técnico, a avaliação compreende ferramentas que auxiliam os processos decisórios, a identificação de problemas, a orientação de novas práticas sanitárias e a mensuração do impacto das ações sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a). Portanto, o processo de avaliação pode contribuir para aprimorar uma estratégia, contribuindo para a sua ampliação e fortalecimento (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva vem sendo utilizado na avaliação da efetividade da APS o indicador de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), que identifica internações hospitalares por um conjunto de causas que deveriam ser evitadas ou reduzidas com a prestação de cuidados primários oportunos e de boa qualidade (ALFRADIQUE et al., 2009). A base desse indicador consiste em que uma maior capacidade resolutiva desse nível deveria implicar na redução das internações evitáveis medindo assim a real efetividade da APS (CAMINAL E MATUTANO, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) oficializou uma relação de códigos de doenças de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que não deveriam gerar internações por serem condições consideradas sensíveis à APS no Brasil (BRASIL, 2008a). Apesar da existência de uma lista nacional de CSAP, há o entendimento de que peculiaridades do contexto de saúde de cada localidade podem gerar variações nas listagens (ALFRADIQUE et al., 2009). Assim sendo, alguns Estados criaram suas próprias listagens. Minas Gerais figura entre estes, elaborando uma lista que difere em algumas condições da lista nacional, inclui códigos da CID-10 da Saúde Mental e é denominada de Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) (MINAS GERAIS, 2006). Verifica-se no fato de Minas Gerais apresentar uma listagem própria um aspecto específico para condução de uma pesquisa que aborde esse indicador no Estado.

No entanto, o fato de analisar as internações por CSAP por si só não permite identificar aspectos da estrutura e do processo, os quais estão mais associados à qualidade da atenção e à forma como os serviços estão orientados e organizados. Possibilitando uma dimensão de análise mais abrangente, o MS validou o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), a partir do olhar dos usuários, que permite descrever o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

Inicialmente, a pesquisa tem como hipótese que Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) orientadas pela estratégia SF devem apresentar melhor qualidade na assistência do que UAPS tradicionais, ao organizar a atenção pelos princípios da APS e, com possibilidade de menor número de internações por CSAP.

Partindo de tais premissas o presente estudo pretende avaliar a efetividade e a qualidade da APS na população infantil de 0 a 9 anos no município de Juiz de Fora/MG tomando como referência as internações hospitalares por CSAP para o período de 2010 a 2012.

Dessa forma, o estudo é relevante já que a avaliação dos serviços e ações prestadas em muito subsidiará os gestores em saúde na tomada de decisão, contribuindo para o fortalecimento e aprimoramento da APS em sistemas locais de saúde. Outro aspecto relevante é a manutenção do acompanhamento evolutivo das interações por CSAP na população infantil do município de Juiz de Fora, além da associação com a dimensão da qualidade da atenção, o olhar da lógica de organização dos serviços de APS na perspectiva dos usuários.

Tal contexto de problematização da APS associado à vivência durante a Residência Multiprofissional em Saúde em UAPS e as estudos realizados nas disciplinas do mestrado em Saúde Coletiva fazem parte da base motivadora da pesquisadora para realização do presente estudo ao possibilitar aprofundar o olhar sobre a temática, em um estudo avaliativo que permitirá medir os impactos da APS na saúde da população infantil de um município de médio porte. Além disso, considerando a formação como nutricionista, destaca-se que ações de alimentação e nutrição no âmbito da APS podem contribuir na qualidade da atenção prestada, visto que a orientação de práticas alimentares saudáveis e a promoção do estado nutricional dentro da faixa de eutrofia compreendem importantes aspectos a serem considerados em todas as fases da vida, especialmente na infância refletindo no crescimento e desenvolvimento adequados e, também, na redução da frequência e do tempo de hospitalizações.

## 2- REFERENCIAL TEÓRICO

A natureza dos problemas de saúde está mudando. A globalização e a urbanização acarretaram uma aceleração da propagação mundial de doenças transmissíveis e o envelhecimento populacional vem refletindo no aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis. Diante dessa alteração epidemiológica, é fato que os sistemas de saúde precisam se adequar para responder melhor e mais rapidamente aos desafios de um mundo em mudança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), visto que é indispensável que a organização de um sistema de atenção à saúde seja coerente com as necessidades de saúde expressas por sua população (MENDES, 2010).

O Brasil tem vivenciado processos de transições demográfica, caracterizada pelo rápido processo de envelhecimento populacional associado à redução da taxa de fecundidade (CARVALHO E RODRIGUEZ-WONG, 2008), e epidemiológica, representada pelo predomínio das doenças crônico-degenerativas e a coexistência, ainda expressiva, das doenças transmissíveis (SCHRAMM et al., 2004). Somado a isso, atualmente verifica-se um impacto das causas externas nas causas de mortalidade dos brasileiros. Portanto, o país apresenta uma tripla carga de doenças, representada pelas doenças não transmissíveis, desnutrição e problemas da saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas (MENDES, 2010).

O modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centrado no médico, sem uma base ordenadora do cuidado e com serviços de saúde dimensionados de acordo com a oferta tem se mostrado pouco eficiente na resolução dos desafios sanitários presentes e insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010b).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), os cuidados de saúde primários compreendem uma opção para atender ao processo de transformação demográfica e epidemiológica. Starfield e colaboradores (2005) apontam diversos estudos evidenciando ganhos na saúde da população com sistemas de saúde orientados pela lógica da APS. Entre os benefícios alcançados com a oferta de cuidados de saúde primários destacam-se menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos (STARFIELD, 1991).

Nessa perspectiva, em meados da década de 1990, foram propostas mudanças no modelo de atenção à saúde do SUS. Em 1994, o PSF surge com o propósito de organizar a prática da atenção à saúde no primeiro nível de atenção do sistema, tendo como princípios

ordenadores os da APS, construindo um modelo baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. Sob essa ótica, o PSF visa a reversão do modelo assistencial tradicional, centrado no indivíduo e na doença. Diferentemente dos demais programas do Ministério da Saúde, o PSF não basea-se em uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, passando em 1997 a ser considerado uma estratégia ao apontar a SF como eixo estruturante do nível primário no âmbito do SUS, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1997a). Desde então, APS ou Atenção Básica (AB), entendidos como termos equivalentes, vem historicamente se fortalecendo e consolidando (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Com a aprovação e publicação da PNAB, em 2006, foram revisadas as diretrizes e normas para organização desse nível de atenção para o PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tal política entende AB 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” (BRASIL, 2006).

Na versão mais recente da PNAB foram introduzidos nos fundamentos da AB elementos relacionados ao papel desejado de uma AB fortalecida, acolhedora, resolutiva, coordenadora do cuidado ao usuário e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012a).

As RAS são organizações poliárquicas caracterizadas por meio de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção e apresentam como centro de comunicação a APS, enfatizando a função do nível primário de atenção na resolução dos problemas mais comuns de saúde e na coordenação do cuidado. O objetivo da implantação e organização das RAS é desenvolver uma estratégia para superação da fragmentação da atenção e gestão, buscando garantir ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2010b).

De acordo com Mendes (2010), três elementos constituem as RAS: a população, o modelo de atenção e a estrutura operacional. A população compreende a razão de ser de uma RAS, que assume a responsabilidade sanitária de uma população específica. Cabe à RAS estabelecer as necessidades de saúde do grupo sob sua responsabilidade, implementar e avaliar intervenções sanitárias e prover o cuidado. Com relação ao modelo de atenção, que são os sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, verifica-se a necessidade de mudanças nesse sistema buscando responder com eficácia e eficiência à situação de saúde

dominada pelas condições crônicas. Finalmente, um outro elemento é a estrutura operacional, sendo esta constituída pelos nós das redes e suas ligações. O centro dessa comunicação é a APS, caracterizando-se como um nó intercambiador que ordena os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção.

Frente à responsabilidade na estruturação do sistema de atenção e à função ordenadora das RAS, é premente que a APS seja de qualidade e, para tanto, deve cumprir algumas funções essenciais. Essas funções compreendem: 1). Resolubilidade: significa resolver os problemas mais comuns e relevantes de saúde de sua população; 2). Comunicação: expressa pelo exercício de centro de comunicação das redes, ordenando os fluxos e contra fluxos dos diferentes componentes das redes; 3). Responsabilização: compreende, além da responsabilização sanitária de sua população adscrita, o relacionamento e conhecimento da mesma. Buscando atender essas funções, a APS teve que ser operacionalizada em seus sete atributos. Os primeiros atributos, denominados essenciais, compreendem o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os três demais são os atributos derivados: a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural (MENDES, 2012).

Entre os atributos essenciais, o primeiro contato representa a acessibilidade e a utilização do serviço no caso de problemas de saúde. Quanto à longitudinalidade, pressupõem a existência da oferta regular e ao longo do tempo de cuidados em saúde, sendo mediada por uma relação cooperativa e de confiança entre usuários, suas famílias e profissionais. A integralidade caracteriza-se pelo conjunto de serviços para atender a população adscrita que abranja a promoção, a prevenção, a cura, a reabilitação e o cuidado paliativo. A coordenação ou integração da atenção refere-se à capacidade de garantir a continuidade da atenção, que pode ocorrer pelo atendimento pelo mesmo profissional, pelo registro em prontuário ou ambos (STARFIELD, 2002).

Com relação aos atributos derivados, a focalização na família estabelece a família como o sujeito da atenção, exigindo da equipe de saúde uma interação com a mesma e um conhecimento integral de seus problemas de saúde e da abordagem familiar. A orientação comunitária implica no reconhecimento das necessidades das famílias associado ao seu contexto físico, econômico e social, demandando a realização de uma análise situacional dessas necessidades de saúde de abrangência populacional e a sua integração com outros setores. A competência cultural caracteriza-se pela relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as complexidades das famílias (STARFIELD, 2002).



Além disso, visando à operacionalização da AB, desde 2006, foram definidas áreas estratégicas de atuação tais como: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006). Nesse momento, reforça-se a atenção à criança como uma área programática prioritária da AB.

No Brasil, desde 1984, ano que o MS cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), foram intensificadas as ações de promoção de saúde em menores de cinco anos (BRASIL, 1997b). Em 1995, adota-se a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que incorpora as ações do PAISC e introduz o conceito de integralidade, sugerindo um novo modelo de abordagem a saúde da criança no primeiro nível de atenção com continuidade no atendimento clínico e agregando às ações curativas medidas preventivas e de promoção da saúde (VIDAL et al., 2003).

A fim de garantir às crianças e ao restante da população brasileira um sistema de saúde de acordo com os preceitos do SUS, atenção primária é posta como um pilar da política de saúde. Portanto, busca-se reordenar o modelo de atenção à saúde fortalecendo o eixo primário, assim como ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

O fortalecimento da atenção primária é fundamental visto que a oferta de um sistema de atenção primária adequado tem a potencialidade de reduzir a ocorrência de situações que indicam a prestação de cuidados insatisfatórios representados pela ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, distanciamento entre consultas e visitas para seguimento, intercorrências e dificuldades para acesso a serviços de referência e excesso de hospitalizações por condições que poderiam ser evitadas com a intervenção de uma atenção primária apropriada (CASANOVA E STARFIELD, 1995).

Frente à importância de uma APS efetiva e eficaz para o funcionamento adequado da RAS e o atendimento integral das necessidades de saúde de sua população, torna-se relevante o emprego de mecanismos de avaliação deste nível de atenção. Um processo de avaliação pode evidenciar a necessidade de reformulação no planejamento e na execução das ações na busca de qualidade do serviço. Com vistas a atender a tal necessidade de avaliação, estudos vem desenvolvendo propostas de mecanismos de avaliação que permitam medir a efetividade e a qualidade da APS.

Na década de 1990, Billings e colaboradores (1993) desenvolveram um indicador da atividade hospitalar como medida da efetividade da APS. Denominado *ambulatory care sensitive conditions* e traduzido para o português como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), esse indicador baseia-se na identificação de internações hospitalares por um conjunto de causas que deveriam ser evitadas ou reduzidas com a prestação de cuidados primários oportuna e de boa qualidade (ALFRADIQUE et al., 2009). Uma maior capacidade resolutive da APS deveria implicar na redução das internações hospitalares (CAMINAL E MATUTANO, 2003).

As listas de CSAP são construídas utilizando códigos da CID-10. No entanto, existem variações nas listagens haja vista as peculiaridades do contexto de saúde de cada país, sendo historicamente mutáveis. No Brasil, o MS oficializou em 2008 a relação de condições consideradas sensíveis à atenção primária (BRASIL, 2008a; ALFRADIQUE et al., 2009).

Algumas Secretarias de Saúde vêm inserindo o indicador nas suas estratégias de monitoramento, como é o caso dos estados da Bahia, do Ceará e de Minas Gerais (MORENO et al., 2009). Em Minas Gerais, a listagem de condições consideradas sensíveis à atenção primária foi estabelecida por meio da Resolução da Secretaria Estadual de Saúde (SES) nº 1.093 em dezembro de 2006 e denominou o indicador como Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) (MINAS GERAIS, 2006).

Ao realizar uma análise comparativa entre a lista de CSAP proposta pelo Ministério da Saúde e a lista de CSAA da SES/MG verifica-se que as diferenças entre as duas listas superam uma simples diferença de nomenclatura. São observadas diferenças como: a divisão dos grupos de diagnósticos, a quantidade de códigos de CID-10 considerados e os CID-10 incluídos.

A lista brasileira é dividida em 19 grupos de diagnósticos e abrange 120 categorias de CID-10 com três dígitos e 15 subcategorias de CID-10 com quatro dígitos (BRASIL, 2008a). Com relação à lista mineira, esta encontra-se dividida em 38 grupos de diagnósticos e compreende 107 categorias de CID-10 com três dígitos e 115 subcategorias com quatro dígitos (MINAS GERAIS, 2006). Observando as diferenças entre os códigos da CID-10 incluídos nas listagens, tem-se que a lista brasileira difere da lista mineira ao incluir condições como: úlcera gastrointestinal, malária, erisipela, doenças cérebro-vasculares, outras deficiências vitamínicas, deficiência de cálcio, selênio, zinco e outros elementos nutrientes, sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais, febre amarela, hepatite B, rubéola e caxumba. A lista de Minas Gerais, diferentemente da lista brasileira, inclui os

códigos da CID relacionados à gastroenterites não infecciosas, convulsões, hipertensão na gravidez/eclampsia e saúde mental. Especificamente em relação aos códigos da CID-10 relativos às pneumonias bacterianas, a lista da SES/MG inclui a categoria pneumonia, broncopneumonia por microorganismo não especificada (J18) enquanto a lista brasileira inclui somente a subcategoria pneumonia lobar não especificada (J18.1). Já na categoria pneumonia bacteriana não especificada, a lista brasileira inclui os códigos da CID-10 J15.8 e J15.9, enquanto a lista da SES/MG inclui apenas o J15.9.

Observando as taxas de ICSAP verifica-se, no Brasil, a ocorrência de 2.794.444 internações por CSAP entre as 9.812.103 internações do ano de 2006, apresentando um percentual de 28,5% de internações hospitalares por CSAP (ALFRADIQUE et al., 2009). Um estudo ecológico desenvolvido no país aponta as tendências e padrões das três principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICASP) no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006. Tal estudo mostrou que, entre a população infantil, as principais causas de ICSAP foram as gastroenterites infecciosas e complicações, a asma e as pneumonias bacterianas (MOURA et al., 2010).

Em um estudo descritivo sobre as ICSAP de pacientes residentes no Distrito Federal para o período de 2008 a 2012 observou-se um número total de internações de 928.317 internações gerais e 17,4% (n=161.389) dessas internações, foram hospitalizações por CSAP (SILVA, 2013).

Um estudo semelhante foi desenvolvido utilizando dados referentes as ICSAP de residentes nos municípios da região de saúde de São José do Rio Preto/SP ocorridas no período de 2008 a 2010. Os autores verificaram a ocorrência de 143.408 internações gerais, das quais 26.759 foram por CSAP, representando 18,7% de ICSAP. Verificaram também um crescimento no coeficiente de internações gerais no período de estudo e um acréscimo em relação às ICSAP. No entanto, considerando somente as crianças até 10 anos de idade, ocorreu um decréscimo na proporção de internações por ICSAP em relação ao total de internações (de 11,6 para 9,8%). Observando as causas de ICSAP nas crianças de 0 a 9 anos, o grupo das gastroenterites infecciosas e suas complicações apresentaram percentuais de 34,4% nas faixas etárias de menores de um ano e de 1 a 4 anos. Já na faixa etária de 5 a 9, tal grupo de patologias representou 49,9% das causas de ICSAP. Entre os menores de um ano de idade, 38,1% das ICSAP tiveram como causa pneumonias bacterianas, asma e doenças pulmonares (FERREIRA et al., 2014).

No município de Montes Claros, Minas Gerais, um estudo buscou identificar as variáveis associadas à ICSAP na população geral e encontrou um índice de internações por tais condições de 38,8% e uma associação estatisticamente significativa para algumas variáveis tais como: controle de saúde não realizado por equipe de saúde da família e internações solicitadas por médicos que não atuam na equipe (FERNANDES et al., 2009). Em outro estudo, desenvolvido na mesma cidade, que buscou identificar a prevalência de ICSAP e os fatores associados na população infantil (0 a 9 anos) verificou-se uma taxa de ICSAP de 41,4% na população infantil, sendo os fatores associados que mais se destacaram foram a vinculação a ESF e a idade inferior a 2 anos. Para o autor, tais evidências podem ser explicadas pela relação da presença da ESF no município em áreas mais carentes e por ser tal faixa etária mais susceptível à doenças de um modo geral, constituindo assim um indicador de vulnerabilidade. (CALDEIRA et al., 2011).

Os dados disponibilizados pela Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) apontam uma redução no percentual de ICSAP em relação ao número total de internações no país. No ano de 1998, o percentual era de 24,1%, atingiu o maior valor em 2003 (25,3%) e, a partir de então, sofreu uma redução gradativa, chegando a 20,4% em 2012. Com relação ao Estado de Minas Gerais tem-se que em 1998 o percentual de ICSAP no Estado era de 27,9%, apresentou o maior valor no ano de 2003 (28,3%), reduzindo para 21,7% no ano de 2012. Portanto a redução no percentual de ICSAP observada no país também pode ser vista nas taxas do Estado de Minas Gerais. No entanto, Minas Gerais apresenta percentuais mais elevados que os observados para o país (BRASIL, 2014).

Observando a região de saúde Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim, a qual pertence o município de Juiz de Fora e outros 24 municípios<sup>1</sup>, verifica-se uma diminuição na taxa de ICSAP entre 1998 e 2012, passando de 24,5% para 17,9%, respectivamente (BRASIL, 2014).

Especificamente no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, vem se construindo um estudo de *follow-up* sobre o perfil de ICSAA em população infantil de 0 a 9 anos. No período inicial, de setembro de 2002 a julho de 2005, estudou-se a população infantil adscrita a duas UAPS e evidenciou um total de 237 internações, o que representou 2,28% do total de 10.394 internações que ocorreram no município nessa faixa etária. Com relação às ICSAA verificou-se 53 internações na população adscrita de 0 a 9 anos (22,4% do total de internações na

---

<sup>1</sup> Andrelândia, Arantina, Belmiro Braga, Bias Fortes, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Chiador, Coronel Pacheco, Ewbank da Câmara, Goianá, Liberdade, Lima Duarte, Matias Barbosa, Olaria, Passa-Vinte, Pedro Teixeira, Piau, Rio Novo, Rio Preto, Santa Bárbara do Monte Verde, Santana do Deserto, Santa Rita de Jacutinga, Simão Pereira.

população adscrita de 0 a 9 anos) e 2.172 hospitalizações por estas condições na população de 0 a 9 anos do município (20,4% do total de internações na população de 0 a 9 anos do município) (COELI et al., 2008). No período de 2006 a 2009, houve a ampliação de mais uma UAPS de estudo, observou-se a ocorrência de 452 internações entre crianças 0 a 9 anos pertencentes à população adscrita as três UAPS, representando 3,29% do total de internações da população infantil do município de Juiz de Fora (13.703 internações). Na população infantil adscrita foram identificadas 119 hospitalizações por CSAA (26,3% do total), enquanto no município ocorreram 3.198 internações sensíveis a APS nessa população (23,3% do total) (TEIXEIRA et al., 2010).

Para mensurar as ICSAA dentro do contexto do SUS os estudos em geral realizam uma análise das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que são registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e contém as informações do prontuário do paciente. Pondera-se que o preenchimento das AIH está sujeito à erros, como diagnósticos errados e endereços incompletos, podendo gerar equívocos na avaliação da atenção à saúde. Entretanto, o SIH-SUS compreende uma fonte importante de informações sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS que ainda assim pode ser utilizada no acompanhamento e na avaliação da saúde ofertada à população (REHEM et al., 2013).

A proporção de ICSAA tem sido gradativamente utilizada no Brasil como indicador para avaliar a efetividade da mudança do modelo assistencial centrado em práticas biomédicas e orientado pela cura para um modelo com foco nas famílias e na assistência realizada por equipes multiprofissionais (CALDEIRA et al., 2011). No entanto, ressalta-se que avaliar a efetividade envolve uma complexidade visto que abrange questões que vão desde a estrutura do serviço a capacidade resolutiva dos profissionais e a co-responsabilização dos usuários.

Avaliar a APS sob a ótica das ICSAA permite uma análise sobre os resultados das ações e serviços do nível primário. No entanto, utilizar o resultado das ICSAA como critério de qualidade apresenta limitações. Destaca-se o fato dos resultados apontarem para a boa ou má qualidade do cuidado em saúde sem identificar as deficiências ou pontos fortes que podem ser atribuídos ao resultado obtido (DONABEDIAN, 1966). Entre as limitações do uso da proporção de ICSAA como indicador de qualidade pode-se listar a cultura do uso dos serviços de saúde pela população, a política de internação hospitalar e a prevalência da patologia (CALDEIRA et al., 2011).

A fim de promover uma avaliação da qualidade em saúde, Donabedian (1966) propôs que esta seja resultante da mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos

serviços, ao entender que estes se relacionam entre si. De acordo com o autor, a estrutura abrange os recursos de diferentes naturezas inerentes à assistência. O processo envolve as atividades entre profissionais e usuários. Por fim, o resultado refere-se ao produto final da assistência e considera a satisfação e expectativas dos usuários.

Posteriormente, Donabedian (1990) ampliou o conceito propondo os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade. A eficácia seria representada pela melhor capacidade de atendimento para melhorar a saúde. A efetividade compreende as melhorias possíveis e atingíveis que são realizadas, ou seja, o resultado alcançado ou alcançável, nas condições usuais da prática cotidiana. A eficiência é a relação entre as melhorias da saúde como o custo, onde, a melhor eficiência está na maior capacidade de melhoria de saúde com menor custo. A otimização é definida como o equilíbrio mais vantajoso entre os custos e os benefícios. A aceitabilidade é a dimensão que considera as expectativas e valores dos pacientes, abrangendo relação médico-paciente, efeitos e custos do cuidado. Já a legitimidade é a dimensão que se atenta para as preferências sociais, observando como a aceitabilidade do cuidado é vista pela sociedade em geral. Por fim, equidade é determinada pela igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Ainda como proposta de uma avaliação da qualidade em saúde, tem-se Vuori (1991) que também sinaliza alguns dos fatores propostos por Donabedian (1990) como determinantes na qualidade dos serviços de saúde e acrescenta a qualidade científico-técnica, a acessibilidade e a adequação. A qualidade científico-técnica refere-se à aplicação do conhecimento e da tecnologia. A acessibilidade caracteriza-se pela busca na remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização de serviços disponíveis. A adequação compreende o suprimento suficiente de serviços de acordo com as necessidades e a demanda de saúde.

Donabedian e Vuori foram os autores que mais influenciaram as publicações brasileiras a respeito da qualidade em saúde, principalmente na década de 1990. Assim destaca-se a importância de tais autores no enfrentamento da crescente necessidade de informações que auxiliem na tomada de decisão em saúde, sendo a avaliação em saúde um instrumento indispensável (COUTINHO, 2006).

Nessa perspectiva, torna-se relevante associar instrumentos avaliativos com vistas a contemplar uma avaliação da qualidade das ações e serviços do nível primário de atenção à saúde na perspectiva da estrutura, processo e resultado proposta por Donabedian (1966).

Um instrumento foi desenvolvido para medir essas interações no contexto da APS, baseando-se na mensuração de tais aspectos. Tal instrumento, denominado *Primary Care Assessment Tool*, mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS tomados com os seguintes eixos de análise: Grau de Afiliação, Acesso ao Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade, Coordenação e Orientação Familiar e Comunitária. O instrumento, desenvolvido na proposta de Donabedian (1966), envolve os atributos da APS com componentes relacionados à estrutura e, principalmente, ao processo de atenção (BRASIL, 2010a).

O instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil, onde recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool). Compõe o instrumento versões diferentes destinadas a crianças, a adultos, a profissionais de saúde e ao coordenador ou gerente do serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

Cabe ressaltar que o PCATool – Criança foi submetido a um processo de validação que permitiu análise de consistência interna e confiabilidade por meio do estudo de Harzheim e colaboradores (2006). A partir desse estudo o atributo Competência Cultural foi excluído por não ter consolidado uma dimensão com três ou mais perguntas representativas deste atributo e o atributo integralidade foi dividido em serviços disponíveis e serviços prestados.

O MS optou pela manutenção de alguns itens por se tratarem de aspectos fundamentais para avaliação da qualidade da APS apesar de não terem atingido no estudo o ponto de corte estatístico definido pela literatura. Assim, o PCATool - Criança inclui todas as questões validadas pelo estudo de Harzheim et al. (2006), além de optar pela manutenção de uma pergunta ao atributo Longitudinalidade (pergunta D1) e três perguntas dos atributos Primeiro Contato - Utilização e Coordenação - Sistema de Informações (perguntas B1, B2, B3, F1, F2 e F3, respectivamente). Portanto, o instrumento é composto 55 perguntas para aferição dos atributos da APS distribuídas: 9 para Primeiro Contato, 14 para Longitudinalidade, 8 para Coordenação, 14 para Integralidade, 3 para Orientação Familiar, 4 para Orientação Comunitária e, outras 3 perguntas que medem o Grau de Afiliação ao serviço de saúde (BRASIL, 2010a) (Anexo A).

Outra iniciativa do MS voltada para avaliação da qualidade da APS é a Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), organizado em quatro fases para promover uma iniciativa de melhoria na qualidade da atenção em saúde. A primeira fase do PMAQ consiste na adesão: processo de caráter voluntário que compreende contratualização de compromissos e pactuação dos indicadores a serem alcançados. Na

segunda etapa do programa, são desenvolvidas as estratégias buscando atingir os compromissos para melhoria do acesso e da qualidade. Essa etapa inclui a realização da auto avaliação por meio da ferramenta Auto-avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). A terceira fase consiste na avaliação externa, onde verificam-se as condições de acesso e de qualidade. A partir do desempenho alcançado é vinculado o valor a ser recebido pelas equipes de AB. Posteriormente tem-se a quarta fase, momento de reconstratualização com a gestão municipal e equipes de atenção básica. Assim o PMAQ propõe um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade da atenção básica, além de possibilitar a elevação dos recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c).

A AMAQ foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), proposta para o fortalecimento da institucionalização da avaliação em saúde. A AMQ é um instrumento de avaliação da qualidade baseado no modelo proposto por Donabedian (1966) e, portanto, considera elementos de estrutura, de processo e de resultado na análise da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005b).

Um estudo desenvolvido no Município de Curitiba, Paraná, realizou uma análise de concordância entre o AMQ e o PCATool. O estudo encontrou concordância para os atributos integralidade e orientação familiar. No entanto para os atributos acesso do Primeiro Contato do indivíduo com o sistema de saúde, Longitudinalidade, Coordenação do cuidado e Orientação Comunitária não houve concordância. Isto sugere que não há equivalência entre os dois instrumentos, não sendo possível a utilização dos padrões do AMQ como forma de mensurar todos os atributos da APS. Diferentemente, o PCATool compreende um instrumento nacional validado e específico para avaliação dos atributos da APS (FIGUEREIDO et al., 2013).

Diante do destacado, o presente estudo utilizará o instrumento PCATool com o objetivo de avaliar aspectos da qualidade da APS ao tomar como eixo os atributos da APS buscando identificar o grau de presença e extensão das deficiências ou dos pontos fortes.



### **3- OBJETIVOS**

- Avaliar a efetividade da APS na população infantil de 0 a 9 anos no município de Juiz de Fora/MG a partir das internações hospitalares por CSAA para o período de 2010 a 2012.

- Avaliar a qualidade dos serviços de APS na assistência à criança, na população infantil de 0 a 9 anos, que gerou internações por CSAA.

## 4- MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, de caráter quantitativo, de avaliação da APS onde foram avaliadas as ICSAA do município de Juiz de Fora/MG para a população de 0 a 9 anos para o período de 2010 a 2012 e, a partir da seleção de uma amostra dos cuidadores das crianças que geraram ICSAA estratificada por tipo de UAPS, foi realizada a avaliação da qualidade da APS na assistência à criança verificando a presença e a extensão dos atributos da APS.

O presente trabalho visa à manutenção do registro ampliado de saúde sobre as ICSAA do município de Juiz de Fora/MG para a população de 0 a 9 anos uma vez que amplia a base populacional dos períodos anteriores (2002 a 2005 e 2006 a 2009) para 2010 a 2012.

### 4.1- CENÁRIO DE ESTUDO

Juiz de Fora é um município de médio porte com uma extensão territorial equivalente a 1.435.664 km<sup>2</sup> e uma população de 516.247 habitantes, sendo que o total da população de 0 a 9 anos é de 60.469 crianças (IBGE, 2010).

No contexto da saúde, o município começou a adotar em algumas UAPS o modelo de SF conforme preconizado pelo MS a partir de 2000, com equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e ACS. Juiz de Fora possui sete regiões administrativas urbanas (Norte, Leste, Sul, Oeste, Nordeste, Sudeste e Centro) e uma rural. A rede de serviços de saúde é distribuída em 12 Regiões Sanitárias, cada região corresponde a um território que compreende um determinado número de bairros reunidos segundo localização geográfica. De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2014), a rede assistencial do SUS/Juiz de Fora, conta na atenção primária com 62 UAPS sendo 47 na área urbana e 15 na área rural do município. Entre as UAPS situadas na área urbana de Juiz de Fora, 34 adotam a estratégia da Saúde da Família, trabalham com equipe mínima, além de Odontologia e Assistência Social; 11 UAPS seguem o modelo tradicional, cujo atendimento é organizado nas clínicas básica (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia) e 2 UAPS com o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Pondera-se que

os ACS, ligados às UAPS PACS, realizam suas atividades orientados pela lógica de funcionamento das UAPS tradicionais, pois apesar de serem responsáveis por microáreas distintas, a atenção ofertada pelos demais profissionais das equipes de APS não é ordenada dessa maneira. Ou seja, os usuários são acompanhados por ACS específicos, mas podem ser atendidos por diferentes médicos e enfermeiros da UAPS. Na área rural são 15 UAPS, sendo 6 UAPS com Saúde da Família, das quais uma é uma unidade móvel, e 9 UAPS que adotam o modelo tradicional. O acesso ao sistema é feito pela atenção primária. Nota-se que a atenção primária do município convive com três modelos de atenção: a estratégia de SF, o PACS e o modelo tradicional.

O nível primário, na atenção à saúde da criança, presta ações de puericultura, atenção ao desnutrido, imunizações, teste do pezinho e atendimento às doenças prevalentes na infância ofertadas pelas UAPS e, em regiões descobertas, a população infantil é referenciada para unidades com atenção de média complexidade (JUIZ DE FORA, 2014).

Em relação à APS, o município de Juiz de Fora convive com dois modelos assistenciais no nível da atenção básica: Saúde da Família, com 34 unidades (72,3%) e Tradicional, com 13 unidades (27,7%). Existem ainda no município áreas descobertas de APS, exclusivamente na área urbana do município. De acordo com informações do DATASUS a cobertura da APS em Juiz de Fora é de 65,09% e no Plano Municipal de Saúde a meta para 2015 é alcançar 70% de cobertura (BRASIL, 2014b; JUIZ DE FORA, 2014).

O Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente, uma das unidades responsável por ações de média complexidade no município, oferta ações para crianças de alto risco, patologias específicas, atendimentos a portadores de Síndrome de Down, de obesidade infantil com ou sem hipertensão arterial associada, *follow-up* para recém-nascidos de alto risco, Programa de Reabilitação e Estimulação Visual (PREV). Outra unidade neste nível de complexidade é o Núcleo Especializado de Atendimento à Criança Escolar (NEACE), em parceria com o Estado de Minas Gerais, responsável por ações referentes à criança com dificuldades no aprendizado escolar e o Centro Viva Vida, em convênio da Fundação de Apoio do Hospital Universitário - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, com a interveniência do Município de Juiz de Fora, que promove ações de média complexidade extensiva aos atendimentos às crianças, adolescentes, mulheres e população em geral do município e da região referenciada (JUIZ DE FORA, 2014).

A alta complexidade conta com seis hospitais, conveniados e/ou contratados do SUS, que oferecem leitos clínicos e cirúrgicos para pediatria e neonatologia, conforme descrito:

- Hospital Regional João Penido/FHEMIG (HRJP), público estadual, com oferta de 27 leitos para pediatria, destinados a diversas especialidades;

- Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCM-JF), filantrópico, portando 60 leitos pediátricos e 10 leitos cirúrgicos;

- Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus contém 16 leitos de internação pediátrica, contratados do SUS;

- Hospital Universitário de Juiz de Fora disponibiliza 20 leitos pediátricos do SUS e,

- Instituto Oncológico LTDA e Hospital Maria José Baeta Reis – Ascomcer, contratados ao SUS, atendem respectivamente, a seis e cinco, leitos pediátricos em oncologia.

Sobre a disposição de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e neonatal, no município, os hospitais conveniados ao SUS que tem esse suporte são: o HRJP com oferta de 22 leitos de UTI neonatal e 8 leitos de UTI pediátrica, a SCM-JF portando dez leitos de terapia intensiva neonatal e pediátrica e o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus com dez leitos (JUIZ DE FORA, 2014).

A Atenção às Urgências e Emergências pediátricas está prevista em todas as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) de Juiz de Fora, na Unidade Regional Leste e a unidade com atendimento exclusivo à criança, o Pronto Atendimento Infantil (PAI), mas enfrenta dificuldades relacionadas à recursos humanos, materiais e infraestrutura, como a ausência de serviço de Raio-X e de laboratório próprios (JUIZ DE FORA, 2014).

#### 4.2 - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFJF, por meio do protocolo CEP-UFJF: 088563/2014 CAAE: 36983914.2.0000.5147. A pesquisa segue as normas da resolução 466/12/CNS. Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo estando livres para participar ou não. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) pelos indivíduos que aceitaram participar do estudo. Cada responsável por criança que gerou ICSAA recebeu um número de identificação, garantindo o sigilo e o anonimato.

#### 4.3 – IDENTIFICAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A partir da análise do SIH-SUS, período de 2010 a 2012, foi estruturado um banco de dados das internações da população infantil de 0 a 9 anos onde foram elencadas as variáveis: nome da criança, sexo, data de nascimento, endereço, filiação, código da CID-10 do diagnóstico primário que gerou a AIH. Assim, identificou-se a frequência das ICSAA na população em estudo correlacionando tais variáveis, assim como, a variação de tais internações entre os tipos de UAPS e área sem cobertura de APS.

Para identificação das internações referentes às áreas com e sem cobertura de APS tomou-se como base a regionalização de Juiz de Fora (Anexo B) e no banco das AIH a variável bairro nos endereços cadastrados. Assim, foi possível associar o bairro cadastrado com a UAPS de referência de acordo com a regionalização do município. No entanto, alguns bairros apresentam cobertura realizada por duas unidades, sendo a área de abrangência de cada uma definida de acordo com as ruas. Verifica-se ainda que para alguns bairros, como é o caso do Centro, parte da população encontra-se coberta por uma unidade de APS e a outra parte em área descoberta de APS. Nesses casos, buscou-se no banco de dados o endereço completo cadastrado na AIH contendo nome da rua, número da residência e bairro. A partir daí, a pesquisadora dirigiu-se as UAPS de referência dos bairros para que, junto com a ajuda dos profissionais, realizassem a identificação do domicílio como sendo da área de referência ou não da UAPS.

As causas de ICSAA foram identificadas a partir da listagem proposta para o Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006) na população adscrita de 0 a 9 anos, excluindo-se as AIH de longa permanência e as do Capítulo 15 da CID-10 (gravidez, parto e puerpério). Não foram excluídas múltiplas internações.

Para a identificação das ICSAA foi utilizado o algoritmo proposto por Moreno et al. (2009) desenvolvido no programa Stata SE-8.1. Para estruturação do banco de dados utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e Microsoft Excel 2010.

## 4.4 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

### 4.4.1 - Amostra

Para avaliação da qualidade da Atenção Primária no município foi selecionada uma amostra representativa da população 0 a 9 anos internada por CSAA no período de 2010 a 2012. Essa amostra foi dividida em dois estratos: 1) UAPS-SF, crianças internadas que residem em endereços no qual a UAPS de referência é de SF e 2) UAPS-Tradicional, crianças internadas que residem em endereços no qual a UAPS de referência é tradicional.

Para o cálculo amostral adotou-se como efeito de desenho 1,2 e considerou-se a pior situação de variabilidade para estimação de proporção (0,50), nível de confiança de 95%, erro máximo absoluto de até 11% e percentual de perdas de 15%. Assim, o tamanho da amostra foi de 130 entrevistas.

A amostragem foi realizada em duas etapas. A primeira compreendeu uma amostragem por conglomerados sendo que cada UAPS foi considerada como um conglomerado e o sorteio dos conglomerados, nos estratos definidos, foi realizado de forma proporcional à prevalência das internações por CSAA. Assim, foram selecionados 13 conglomerados para realização de 10 entrevistas em cada, atingindo a amostra de 130 entrevistas, das quais 90 em UAPS- SF e 40 em UAPS-Tradicional.

Na segunda etapa, foram selecionados os potenciais entrevistados, por meio de amostra aleatória simples, os quais foram identificados pelo número de registro no banco de dados da pesquisa e a partir daí a obtenção do nome da criança, endereço, filiação e data de nascimento.

Na sequência foram realizadas visitas às UAPS selecionadas com o objetivo de proceder à identificação dos domicílios das crianças com o auxílio dos profissionais de saúde das UAPS. A partir da identificação, os pesquisadores buscaram os responsáveis pelas crianças para aplicação do questionário PCATool, o que foi realizado no domicílio.

O critério de inclusão foi os entrevistados serem os principais cuidadores das crianças que geraram ICSAA, durante o período de 2010 a 2012, residentes em Juiz de Fora. E de exclusão foram as crianças internadas por CSAA que não tiveram seus endereços completos registrados no SIH-SUS impossibilitando a localização. Para recuperar possíveis perdas por

mudança/não localização de endereço, optou-se em buscar novamente no banco de dados da pesquisa o registro da criança imediatamente após a criança sorteada e excluída. Realizado esse procedimento por duas vezes e, ainda assim, não sendo possível localizar a criança, considerou-se perda. Também foram consideradas perdas os cuidadores de crianças internadas que não quiseram participar do estudo e cuidadores não encontrados no domicílio após três tentativas em dias e horários distintos.

O presente estudo considerou como cuidador da criança o familiar/indivíduo que é o maior responsável pelo cuidado de saúde da criança, visto que, de acordo com orientação do MS, o cuidador é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde da criança (BRASIL, 2010a).

#### **4.4.2- Instrumento de Avaliação da qualidade da APS**

O instrumento utilizado para avaliação da qualidade da atenção à saúde foi o PCATool, versão criança, validado e adotado pelo MS a partir de 2010. O instrumento é composto por 55 perguntas para aferição dos atributos da APS, assim distribuídas: 9 para Primeiro Contato, 14 para Longitudinalidade, 8 para Coordenação, 14 para Integralidade, 3 para Orientação familiar, 4 para Orientação comunitária e, outras 3 perguntas que medem o Grau de Afiliação ao serviço de saúde (Anexo A).

A primeira parte do instrumento é composta pelo Grau de Afiliação, que busca identificar o serviço ou o profissional de saúde que serve como referência para os cuidados da criança e, portanto, o restante do questionário deve ser respondido em relação ao serviço ou profissional de saúde referenciado pelo entrevistado. Nesse componente do instrumento, são feitas três perguntas para as quais o entrevistado responde sim ou não, e no caso da resposta positiva, identifica o serviço ou profissional de saúde (1. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva a criança quando ele(a) está doente ou quando precisa de algum conselho sobre a saúde dele(a)? 2. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor a criança como pessoa? e 3. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança?).

Conforme orientação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010a), a identificação do serviço ou profissional de saúde referenciado a

ser avaliado realiza-se da seguinte maneira: 1). Para entrevistados que indicam o mesmo serviço nas três perguntas seleciona-se esse como de referência, 2). Para entrevistados que indicam o mesmo serviço ou profissional de saúde em duas respostas este é selecionado como de referência, 3). Para entrevistados que apresentam três respostas diferentes o serviço ou profissional de saúde selecionado como de referência é do citado na primeira questão, 4). Para entrevistados que respondem não a duas perguntas o serviço ou profissional de saúde selecionado é do identificado na pergunta a qual o entrevistado respondeu positivamente, e 5). Para entrevistados que respondem não a todas as três questões, pergunta-se qual o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou para identificar a referência de cuidado da criança para aquele entrevistado.

Para o cálculo do escore do atributo Grau de Afiliação é utilizado um algoritmo, que segue: todas as respostas “Não”, então grau de afiliação = 1, para uma, duas ou três respostas “Sim”, porém diferentes, relativas a diferentes serviços, o grau de afiliação = 2, para duas respostas “Sim” iguais, relativas ao mesmo serviço, grau de afiliação = 3 e para todas as respostas “Sim”, todas relativas ao mesmo serviço, então grau de afiliação = 4. Em casos de todas as respostas negativas identifica-se o último serviço ou profissional de saúde que a criança consultou para referência na aplicação do questionário (BRASIL, 2010a).

Para os demais itens do instrumento, de acordo com metodologia definida, as respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo *Likert*, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 (1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim e 4 = com certeza sim), com a exceção do item correspondente ao grau de afiliação ao serviço de saúde cujas variáveis são categóricas (BRASIL, 2010a).

Há ainda a opção de resposta “não sei/não lembro”, a qual é atribuída o valor 9 e considerada uma resposta em branco ou *missing*. Nos casos em que o entrevistado respondeu metade ou mais das questões de um componente como “não sei/não lembro” o escore desse componente não foi calculado. Caso o entrevistado responda menos da metade das questões com repostas “9” em um determinado componente, o valor “9” foi substituído por “2” (provavelmente não) e o escore calculado pela média dos valores das repostas daquele componente (BRASIL, 2010a).

Ainda de acordo com o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010a), os escores tiveram a escala *Likert* com intervalo de 1 a 4 convertida em uma escala de 0 a 10. Essa conversão visa facilitar a interpretação da grandeza dos valores. Tal transformação da escala de acordo com a seguinte fórmula:



$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor m\u00ednimo})] \times 10 / 4 (\text{valor m\u00e1ximo}) - 1 (\text{valor m\u00ednimo})}{3}$$

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Figura 1: F\u00f3rmula para transforma\u00e7\u00e3o de escala  
Fonte: Brasil, 2010a.

Foram calculados dois escores globais al\u00e9m da avalia\u00e7\u00e3o de cada um dos componentes: o Escore Essencial da APS (EEAPS) e o Escore Geral da APS (EGAPS). Para o c\u00e1lculo do EEAPS utilizou-se a soma do escore m\u00e9dio dos componentes dos atributos essenciais e grau de afilia\u00e7\u00e3o, dividida pelo n\u00famero de componentes. J\u00e1 para o c\u00e1lculo do EGAPS, utilizou-se a soma do escore m\u00e9dio dos atributos essenciais e derivados com o grau de afilia\u00e7\u00e3o e dividiu-se pelo n\u00famero total de componentes. Esses c\u00e1lculos dos escores foram realizados mediante orienta\u00e7\u00f5es do Manual do Instrumento de Avalia\u00e7\u00e3o da Aten\u00e7\u00e3o Prim\u00e1ria \u00e0 Sa\u00fade, vers\u00e3o crian\u00e7a do MS (Anexo C).

O Manual do Instrumento de Avalia\u00e7\u00e3o da Aten\u00e7\u00e3o Prim\u00e1ria \u00e0 Sa\u00fade (BRASIL, 2010a) n\u00e3o refere os par\u00e2metros para interpreta\u00e7\u00e3o dos resultados na escala *Likert*. Assim, considerando estudos que tamb\u00e9m aplicaram o PCATool (CUNHA, 2006; OLIVEIRA, 2007) adotamos como refer\u00eancia para classifica\u00e7\u00e3o do grau de presen\u00e7a e extens\u00e3o para cada atributo e para os escores (EEAPS e EGAPS) o referido parametro: valores maiores ou iguais a 6,6, equivalente a 3 na escala *Likert*, foram classificados como elevada extens\u00e3o dos atributos, portanto satisfat\u00f3rios, e valores menores que 6,6 foram considerados baixos e, assim, insatisfat\u00f3rios.

A aplica\u00e7\u00e3o dos question\u00e1rios foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2014. Assim, haja visto o tempo entre a internan\u00e7\u00e3o hospitalar e a realiza\u00e7\u00e3o da entrevista para aplica\u00e7\u00e3o do question\u00e1rio, pondera-se sobre a possibilidade do vi\u00e9s de mem\u00f3ria do cuidador e o efeito do contexto da APS no munic\u00edpio.

O instrumento foi aplicado por entrevistadores treinados por meio de entrevistas domiciliares. Primeiramente foi apresentado o objetivo do estudo e, ent\u00e3o, realizado o convite para participa\u00e7\u00e3o da pesquisa. Aceito o convite, realizava-se a leitura do TCLE e solicita\u00e7\u00e3o da assinatura do mesmo. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados na seguinte ordem: PCATool Brasil - Crian\u00e7a e protocolo de dados sociodemogr\u00e1ficos. No caso de d\u00fabidas por parte dos entrevistados, as quest\u00f5es eram relidas, por\u00e9m n\u00e3o foram efetuadas explica\u00e7\u00f5es sobre o conte\u00fado das mesmas, a fim de prevenir poss\u00edveis interfer\u00eancias dos pesquisadores.

O treinamento dos pesquisadores foi realizado em reuniões com a equipe da pesquisa onde foi inicialmente apresentado e realizada a leitura do questionário PCATool e do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010a). Posteriormente foi simulada a aplicação do questionário entre os entrevistadores.

#### 4.5 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Para caracterização dos entrevistados e da população do estudo foi desenvolvido um protocolo de coleta de dados sociodemográficos (Apêndice B), aplicado juntamente com PCATool nas entrevistas domiciliares.

#### 4.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Foi estruturado um banco de dados com auxílio do programa SPSS, versão 15, contendo os itens do PCATool agrupados nos blocos de perguntas do instrumento: atributos da APS (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade e Utilização, Longitudinalidade, Coordenação - Integração de Cuidados e Sistema de Informações, Integralidade - Serviços Disponíveis e Serviços Ofertados, Orientação Familiar e Comunitária), as características sociodemográficas dos cuidadores (idade, sexo, grau de parentesco, situação conjugal, grau de escolaridade, renda familiar, cor) e das crianças (idade atual, sexo e cor), além do estrato da amostra (UAPS-SF, UAPS-TradicionaI ou Outros Serviços). Para idade dos cuidadores e das crianças, acrescentou-se as variáveis categorizadas em faixas etárias. Para variável grau de escolaridade do cuidador também incluída uma outra variável com duas categorias relacionadas ao tempo de estudo ( $\leq 8$  anos ou  $> 8$  anos).

Foram incluídos no banco de dados os escores dos atributos, o EEAPS e o EGAPS, calculados segundo as orientações do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010a) para cada entrevista realizada. Foram calculados os escores finais por meio da média das respostas das entrevistas com os respectivos desvio-padrão.

Além disso, foram inseridas variáveis categóricas para escore satisfatório ou insatisfatório para cada atributo e para o EEAPS e o EGAPS. Para essas variáveis os resultados foram apresentados em valores absolutos e porcentagens.

Para o EEAPS e o EGAPS, comparou-se o grau de orientação à APS (insatisfatório/satisfatório) com as variáveis faixa etária da criança e do cuidador, grau de escolaridade do cuidador, estrato da amostra e situação conjugal para verificar possível associação. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, adotando-se como nível de significância o  $p < 0,05$ .

Para as variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada foi realizada análise de regressão logística binária, testadas no modelo através do método “*backwards*”, critério razão de verossimilhança, tendo como variável dependente EEAPS e EGAPS. Foi adotado nível de significância 0,10.

Os valores numéricos do EEAPS e do EGAPS foram correlacionados com a prevalência das ICSAA em cada estrato da amostra e apresentados em gráficos de dispersão.

## 6- RESULTADOS

No período de 2010 a 2012 foram realizadas 16.552 internações hospitalares no município de Juiz de Fora envolvendo a população infantil de 0 a 9 anos. Considerando somente a população residente em Juiz de Fora, ocorreram 12.412 internações, o que representou 74,98% do total das internações, sendo a maioria do sexo masculino (n=7.079; 57,0%). Com relação à faixa etária, os menores de 1 ano apresentaram maior frequência de internação (n=5.909; 47,6%) do que as faixas etárias de 1 a 4 anos (n=3725; 30,0%) e de 5 a 9 anos (n=2778; 22,4%), conforme demonstrado na Tabela 1 a seguir.

**Tabela 1. Distribuição por sexo e faixa etária das internações na população infantil 0 a 9 anos - Residentes de Juiz de Fora – 2010 a 2012.**

Faixa etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
<b>Menores de 1 ano</b>	3231	45,6	2678	50,2	5909	47,6
<b>1 a 4 anos</b>	2149	30,4	1576	29,5	3725	30,0
<b>5 a 9 anos</b>	1699	24,0	1079	20,3	2778	22,4
<b>Total</b>	7079	100,0	5333	100,0	12412	100,0

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

Em relação às ICSAA, foco deste estudo, os resultados serão apresentados, inicialmente, tomando as frequências das internações ocorridas no período em relação às duas listas estudadas, a de Minas Gerais que adota o termo de ICSAA, e a brasileira que adota a nomenclatura de ICSAP. O propósito de trabalhar estes resultados é de identificar as variações mais expressivas, uma vez que as listas têm composição distintas.

Do total de internações de residentes de Juiz de Fora (12.412), buscou-se identificar as internações por condições sensíveis à atenção primária. Assim, considerando a lista de Minas de Gerais (MINAS GERAIS, 2006), observou-se que 4.117 (33,2%) foram ICSAA. No entanto, ao tomar a referência da lista brasileira (BRASIL, 2008a) verifica-se que houve variação no número de ICSAP, observando-se apenas 2.736 (22,1%).

Em relação às 4.117 ICSAA, observou-se que as Pneumonias Bacterianas foram as mais frequentes (40,00%), seguido da Bronquite Aguda (18,39%), das Gastroenterites

Infecciosas (11,63%) e das Epilepsias (7,63%), como é possível observar na Tabela 2, a seguir.

**Tabela 2. Distribuição das causas de internações por CSAA na população infantil 0 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012– Lista SES/MG.**

CSAA	n	%
Anemia Deficiência Nutricional	7	0,17
Anemia Ferropriva	11	0,27
Angina Pectoris	1	0,02
Asma	132	3,21
<b>Bronquite Aguda</b>	<b>757</b>	<b>18,39</b>
Convulsão	5	0,12
Doença Inflamatória Órgão Pélvico Feminino	1	0,02
Desnutrição	29	0,70
Diabetes Mellitus	53	1,29
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	171	4,15
<b>Epilepsias</b>	<b>314</b>	<b>7,63</b>
Febre Reumática Aguda	1	0,02
<b>Gastroenterites infecciosas</b>	<b>479</b>	<b>11,63</b>
Gastroenterites não infecciosas	30	0,73
Hipertensão	4	0,10
Hipoglicemia	1	0,02
Infecção Aguda Via Área Superior	82	1,99
Infecção Rim e Trato Urinário	228	5,54
Infecção Tecido Cutâneo	96	2,23
Insuficiência Cardíaca	19	0,46
Otite Media Superior	20	0,49
<b>Pneumonia Bacteriana</b>	<b>1647</b>	<b>40,00</b>
Preveníveis com imunização (Coqueluche, sarampo, tétano, difteria)	5	0,12
Saúde Mental - Dependência Química	9	0,22
Saúde Mental – Psicoses	2	0,05
Saúde Mental - Transtornos de Humor	2	0,05
Sífilis	8	0,19
Tuberculose Pulmonar	3	0,07
Total	4117	100,00

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

Já em relação às 2.736 ICSAP, a causa a mais frequente de internação é representada pelo o grupo de Doenças Pulmonares, no qual estão incluídos os CID referentes aos grupos das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas e Bronquite Aguda, que compõem a lista da SES/MG. As outras principais causas de ICSAP foram, nessa ordem, as Gastroenterites,

Epilepsias, Infecção do Trato Urinário e Infecção do Tecido Cutâneo. A distribuição das ICSAP por causas pode ser observada na Tabela 3 apresentada a seguir.

**Tabela 3. Distribuição das causas de internações por CSAP na população infantil 0 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012– Lista MS.**

CSAP	n	%
Anemia Ferropriva	11	0,40
Angina Pectoris	1	0,04
Ascaridíase	2	0,07
Asma	132	4,82
Doença Cerebrovascular	6	0,22
Doença Inflamatória Órgão Pélvico Feminino	1	0,04
Doença Relacionada ao Pré-Natal e Parto	17	0,62
<b>Doenças Pulmonares</b>	<b>928</b>	<b>33,92</b>
Diabetes Mellitus	53	1,94
<b>Epilepsias</b>	<b>314</b>	<b>11,48</b>
Febre Reumática	1	0,04
<b>Gastroenterites</b>	<b>491</b>	<b>17,95</b>
Hipertensão	4	0,15
Infecção Ouvido, Nariz e Garganta	102	3,73
<b>Infecção Rim e Trato Urinário</b>	<b>230</b>	<b>8,41</b>
<b>Infecção Tecido Cutâneo</b>	<b>230</b>	<b>8,41</b>
Insuficiência Cardíaca	19	0,69
Kwashiokor e Outras Formas de Desnutrição	29	1,06
Pneumonia Bacteriana	143	5,23
Preveníveis com imunização (Coqueluche, sarampo, tétano, difteria, caxumba)	8	0,29
Tuberculose Pulmonar	3	0,11
Úlcera Gastrointestinal	11	0,40
Total	2736	100,00

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

A variação no total das internações por CSAA (lista nacional) e CSAA (lista mineira) pode ser atribuída as diferenças dos códigos da CID-10 incluídos nas distintas listas. A lista nacional, diferentemente da lista mineira, inclui códigos da CID-10 de úlcera gastrointestinal, cistite, uretrite, infecção no trato urinário na gravidez, síndrome da rubéola congênita, malária, erisipela (infecção do tecido cutâneo), doenças cerebrovasculares, deficiência de cálcio, selênio, zinco e outros elementos nutrientes, sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais, outras deficiências vitamínicas, ascaridíase, febre amarela, hepatite B, rubéola e caxumba. Por outro, lado a lista de Minas Gerais inclui códigos da CID-10 que

não estão na lista brasileira: gastroenterites não infecciosas, convulsões, hipertensão na gravidez/eclampsia e saúde mental. Além disso, observando-se especificamente os códigos da CID-10 relativos à pneumonia, categoria J18, a lista da SES/MG inclui toda a categoria J18 (pneumonia, broncopneumonia por microorganismo não especificada) enquanto a lista brasileira inclui somente a subcategoria J18.1 (pneumonia lobar não especificada). No entanto, a lista mineira não inclui a subcategoria J15.8 (outras pneumonias bacterianas), sendo esta incluída somente na lista brasileira. Essas diferenças entre grupos de diagnósticos podem ser visualizadas na tabela comparativa entre as duas listas estudadas (Apêndice C).

Tal especificidade entre as listas apontou para um excesso expressivo das internações a partir da lista mineira (1.381 ICSAA) quando comparada à lista brasileira. A maior variação foi decorrente da inclusão mais abrangente do grupo das pneumonias na lista mineira conforme citado acima. A inclusão distinta de códigos da CID-10 relacionados às pneumonias foi responsável pela identificação de 1.647 internações na lista mineira, enquanto que, na lista brasileira, só representou 143, caracterizando uma diferença de 1.504 internações. Outro destaque, apesar de menos expressivo que o grupo das pneumonias, é o de Infecção Tecido Cutâneo que representou na lista mineira 93 internações e na lista brasileira 230 internações. Demais variações entre as listas podem ser visualizadas na Tabela 4 apresentada a seguir.

**Tabela 4. Variação das ICSAA de acordo com as listas brasileira e mineira na população infantil 0 a 9 anos – Residentes em Juiz de Fora, MG, Brasil – 2010 a 2012.**

Lista Mineira SES/MG		Lista Brasileira MS		Diferença entre as listas (ICSAA-ICSAP)
Grupo de Diagnóstico	ICSAA	Grupo de Diagnóstico	ICSAP	
Anemia Ferropriva	11	Anemia Ferropriva	11	0
Anemia Deficiência Nutricional	7		-	7
Angina Pectoris	1	Angina Pectoris	1	0
Asma	132	Asma	132	0
Bronquite Aguda + Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	757+171=928	Doenças Pulmonares	928	0
Convulsão	5		-	5
Desnutrição	29	Kwashiokor e Outras Formas de Desnutrição	29	0
Diabetes Mellitus	53	Diabetes Mellitus	53	0
Doença Inflamatória Órgão Pélvico Feminino	1	Doença Inflamatória Órgão Pélvico Feminino	1	0
Epilepsias	314	Epilepsias	314	0
Febre Reumática Aguda	1	Febre Reumática	1	0
Gastroenterites infecciosas	479	Gastroenterites	491	-12
Gastroenterites não infecciosas	30		-	30
Hipertensão	4	Hipertensão	4	0
Hipoglicemia	1		-	1
Infecção Aguda Via Área Superior + Otite Media Superior	82+20=102	Infecção Ouvido, Nariz e Garganta	102	0
Infecção Rim e Trato Urinário	228	Infecção Rim e Trato Urinário	230	-2
<b>Infecção Tecido Cutâneo</b>	<b>96</b>	<b>Infecção Tecido Cutâneo</b>	<b>230</b>	<b>-134</b>
Insuficiência Cardíaca	19	Insuficiência Cardíaca	19	0
<b>Pneumonia Bacteriana</b>	<b>1647</b>	<b>Pneumonia Bacteriana</b>	<b>143</b>	<b>1504</b>
Preveníveis com imunização (Coqueluche, sarampo, tétano, difteria)	5	Preveníveis com imunização (Coqueluche, sarampo, tétano, difteria, caxumba)	8	-3
Saúde Mental	13		-	13
Sífilis congênita	8		-	8
Tuberculose Pulmonar	3	Tuberculose Pulmonar	3	0
		Ascaridíase	2	-2
		Doença Cerebrovascular	6	-6
		Doença Relacionada ao Pré-Natal e Parto (A50, P35.0)	17	-17
		Úlcera Gastrointestinal	11	-11
Total	4117		2736	1381

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012



Como o presente estudo objetivou avaliar as ICSAA no município de Juiz de Fora/MG, durante o período de 2010 a 2012, os resultados serão apresentados com maior detalhamento tendo por base a lista mineira, referência para o estado de Minas Gerais e, desta forma, utilizada por gestores no monitoramento da APS.

Assim, das 4.117 ICSAA ocorridas no período de estudo, 54,1% (n=2.229) foram de crianças do sexo masculino. Em relação à distribuição etária verificou-se que 49,9% (n=2.054) foram internações em menores de 1 ano. Na faixa entre 1 e 4 anos, a frequência de ICSAA foi 37,2% (n=1.530) e na faixa 5 a 9 anos de 12,9% (n=533).

Ao relacionar as quatro maiores causas de internação, com sexo e faixa etária foi possível observar que o grupo das pneumonias bacterianas apresentou maior frequência nos menores de 1 anos (n=821) tanto para o sexo masculino (n=471; 28,6%) quanto para o sexo feminino (n=350; 21,3%). Para a faixa etária entre 1 e 4 anos as frequências foram, para o sexo masculino, 20,7% (n=341) e para o sexo feminino 18,8% (n=309). A faixa etária de 5 a 9 anos apresentou menores frequências de pneumonias bacterianas para ambos os sexos, sendo 6,1% (n=101) e 4,6% (n=75) para o sexo masculino e feminino, respectivamente.

Com relação à segunda causa mais frequente de ICSAA, a bronquite aguda, a maior frequência de internações também foi na faixa etária de menores de 1 ano (n=703; 92,9%), sendo 54,7% (n=414) do sexo masculino e 38,2% (n=289) do sexo feminino. Nas faixas etárias seguintes verifica-se uma menor frequência de internações por bronquite aguda, sendo que 5,5% das internações por essa causa foram na faixa etária de 1 a 4 anos e 1,6% na faixa etária de 5 a 9 anos.

Já a terceira maior causa de internação, as gastroenterites infecciosas, obteve maior frequência na faixa etária de 1 a 4 anos (n=251), sendo de 29,2% (n=140) no sexo masculino e 23,2% (n=111) no sexo feminino. Nas demais faixas etárias a frequência das internações foi menor: 144 internações na faixa etária de menor de 1 ano, com 15,9% (n=76) no sexo masculino e 14,2% (n=68) no sexo feminino, e 84 internações na faixa etária de 5 a 9 anos, sendo 8,6% (n=41) sexo masculino e 9,0% (n=43) o sexo feminino.

Assim como as gastroenterites infecciosas, a epilepsia apresenta uma ocorrência maior na faixa etária de 1 a 4 anos quando comparada às faixas etárias de menores de 1 ano e de 5 a 9 anos. Na faixa etária de 1 a 4 anos ocorreram 179 internações por epilepsia, representando 57,0% das internações por essa causa, das quais 30,3% (n=95) no sexo masculino e 26,8% (n=84) no sexo feminino. Entre os menores de 1 ano a frequência foi de 21,7% (n=68), sendo 10,8% (n=34) para ambos os sexos. Para a faixa etária de 5 a 9 anos foi de 21,3% (n=67),

onde 11,1% (n=35) era do sexo masculino e 10,2% (n=32) do sexo feminino. Tais resultados e das demais causas de ICSAA podem ser observados nas Tabela 5, 6 e 7 a seguir.

**Tabela 5. Distribuição por sexo das causas de ICSAA na faixa etária de menores de 1 ano – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012.**

Causas ICSAA	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Anemia Deficiência Nutricional	3	42,9	1	14,3	4	57,1
Anemia Ferropriva	6	54,5	2	18,2	8	72,7
Angina Pectoris	0	0	1	100	1	100
Asma	16	12,1	5	3,8	21	15,9
Bronquite Aguda	414	54,7	289	38,2	703	92,9
Convulsão	1	20	0	0	1	20
Desnutrição	5	17,2	13	44,8	18	62,1
Diabetes Mellitus	0	0	5	9,4	5	9,4
DPOC	26	15,2	21	12,3	47	27,5
Epilepsias	34	10,8	34	10,8	68	21,7
Febre Reumática Aguda	0	0	0	0	0	0
Gastroenterites infecciosas	76	15,9	68	14,2	144	30,1
Gastroenterites não infecciosas	3	10	3	10	6	20
Hipertensão	1	25	1	25	2	50
Infecção Aguda Via Área Superior	21	25,6	13	15,9	34	41,5
Infecção Rim e Trato Urinário	42	18,4	80	35,1	122	53,5
Infecção Tecido Cutâneo	6	6,3	8	8,3	14	14,6
Insuficiência Cardíaca	6	31,6	5	26,3	11	57,9
Otite Media Superior	5	25	4	20	9	45
Pneumonia Bacteriana	471	28,6	350	21,3	821	49,8
Preveníveis com imunização (Coqueluche, sarampo, tétano, difteria)	2	40	2	40	4	80
Saúde Mental - Dependência Química	4	44,4	0	0	4	44,4
Sífilis	3	37,5	2	25	5	62,5
Tuberculose Pulmonar	1	50	0	0	1	50
Outras Tuberculoses	1	100	0	0	1	100
Total	1147	27,9	907	22	2054	49,9

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

**Tabela 6. Distribuição por sexo das causas de ICSAA na faixa etária de 1 a 4 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012.**

Causas ICSAA	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Anemia Deficiência Nutricional	3	42,9	0	0	3	42,9
Asma	39	29,5	41	31,1	80	60,6
Bronquite Aguda	26	3,4	16	2,1	42	5,5
Convulsão	4	80	0	0	4	80
Doença Inflamatória Órgão Pélvico Feminino	0	0	1	100	1	100
Desnutrição	1	3,4	5	17,2	6	20,7
Diabetes Mellitus	6	11,3	10	18,9	16	30,2
DPOC	52	30,4	41	24	93	54,4
Epilepsias	95	30,3	84	26,8	179	57
Febre Reumática Aguda	0	0	0	0	0	0
Gastroenterites infecciosas	140	29,2	111	23,2	251	52,4
Gastroenterites não infecciosas	12	40	6	20	18	60
Hipertensão	2	50	0	0	2	50
Hipoglicemia	1	100	0	0	1	100
Infecção Aguda Via Área Superior	23	28	16	19,5	39	47,6
Infecção Rim e Trato Urinário	19	8,3	51	22,4	70	30,7
Infecção Tecido Cutâneo	28	29,2	24	25	52	54,2
Insuficiência Cardíaca	1	5,3	3	15,8	4	21,1
Otite Media Superior	7	35	3	15	10	50
Pneumonia Bacteriana	341	20,7	309	18,8	650	39,5
Preveníveis com imunização (Coqueluche, sarampo, tétano, difteria)	0	0	1	20	1	20
Saúde Mental - Dependência Química	3	33,3	1	11,1	4	44,4
Saúde Mental - Transtornos de Humor	0	0	1	50	1	50
Sífilis	2	25	0	0	2	25
Tuberculose Pulmonar	1	50	0	0	1	50
Outras Tuberculoses	0	0	0	0	0	0
Total	806	19,6	724	17,6	1530	37,2

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

**Tabela 7. Distribuição por sexo das causas de ICSAA na faixa etária de 5 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012.**

Causas ICSAA	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Anemia Ferropriva	1	9,1	2	18,2	3	27,3
Angina Pectoris	0	0	0	0	0	0
Asma	12	9,1	19	14,4	31	23,5
Bronquite Aguda	5	0,7	7	0,9	12	1,6
Desnutrição	3	10,3	2	6,9	5	17,2
Diabetes Mellitus	20	37,7	12	22,6	32	60,4
DPOC	18	10,5	13	7,6	31	18,1
Epilepsias	35	11,1	32	10,2	67	21,3
Febre Reumática Aguda	1	100	0	0	1	100
Gastroenterites infecciosas	41	8,6	43	9	84	17,5
Gastroenterites não infecciosas	3	10	3	10	6	20
Infecção Aguda Via Área Superior	4	4,9	5	6,1	9	11
Infecção Rim e Trato Urinário	10	4,4	26	11,4	36	15,8
Infecção Tecido Cutâneo	15	15,6	15	15,6	30	31,3
Insuficiência Cardíaca	4	21,1	0	0	4	21,1
Otite Média Superior	0	0	1	5	1	5
Pneumonia Bacteriana	101	6,1	75	4,6	176	10,7
Saúde Mental - Dependência Química	1	11,1	0	0	1	11,1
Saúde Mental - Transtornos de Humor	1	50	0	0	1	50
Saúde Mental - Psicoses	1	50	1	50	2	100
Sífilis	0	0	1	12,5	1	12,5
Total	276	6,7	257	6,2	533	12,9

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

Para a identificação do modelo assistencial de cobertura, tomou-se como referência a regionalização do município (Anexo B) o que possibilitou correlacionar o endereço registrado na AIH com a UAPS de referência das crianças internadas. No entanto, devido a falhas no preenchimento dos endereços nas AIH, das 4.117 ICSAA não foi possível identificar em 88 AIH os endereços, assim tomou-se para estudo 4.029 internações infantis por CSAA, das quais 3.942 foram de crianças residentes em área urbana e 87 residentes em área rural. Ocorreram 2.615 ICSAA em crianças cuja UAPS de referência é de Saúde da Família (64,9%) e 1.192 ICSAA em crianças cuja a UAPS de referência segue o modelo tradicional (29,6%). Ocorreram ainda 222 hospitalizações por CSAA em crianças residentes em área descoberta pela APS (5,5%).

Como vista a identificar a prevalência das ICSAA (razão entre o número de ICSAA e a população infantil estimada por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS x 100) por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS, inicialmente, realizou-se o cálculo do número de crianças de 0 a 9 anos por UAPS tomando como referência o percentual representativo da população desta faixa etária no município, que é 11,7% (IBGE, 2010). Assim, a prevalência das ICSAA nas UAPS-SF foi de 8,26%, sendo 8,30% em área urbana e 7,14% em área rural. Já em relação às UAPS-Tradicional foi 6,19%, sendo 6,38% em área urbana e 1,93% em área rural. Na área descoberta de APS a prevalência foi de 1,84% ICSAA. As UAPS-SF apresentaram maior prevalência de ICSAA em relação às UAPS-Tradicional e áreas sem cobertura da APS, mesmo considerando área urbana e rural. Tais resultados encontram-se na Tabela 8 seguinte.

**Tabela 8. Prevalência ICSAA por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS população infantil 0 a 9 anos – Residente de Juiz de Fora – 2010 a 2012.**

Atenção Primária	Área Urbana			Área Rural			Total		
	Pop. Infantil	ICSAA		Pop. Infantil	ICSAA		Pop. Infantil	ICSAA	
		n	%		n	%		n	%
<b>UAPS SF</b>	30.645	2.544	8,30	995	71	7,14	31.640	2.615	8,26
<b>UAPS Tradicional</b>	18.424	1.176	6,38	830	16	1,93	19.254	1.192	6,19
<b>Área sem cobertura de APS</b>	12.077	222	1,84	0	0	0,00	12.077	222	1,84
<b>Total</b>	61.146	3.942	6,45	1.825	87	4,77	62.971	4.029	6,40

FONTE: Regionalização do município de Juiz de Fora (Anexo B)/ DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

O presente estudo aprofundou seus resultados na área urbana de Juiz de Fora, assim verificou que das 3.942 ICSAA, 2.544 (64,5%) foram em área de UAPS-SF, 1.176 (29,9%) de UAPS-Tradicional e 222 (5,6%) em área descobertas de APS. Do total de 3.942 internações na área urbana, tem-se que 54,4% (n=2.142) ocorreram em crianças do sexo masculino, 49,8% (n=1.963) entre os menores de 1 ano, 37,2% (n=1.465) entre 1 e 4 anos e 13,0% (n=514) entre 5 e 9 anos.

Das crianças residentes na área urbana com cobertura por UAPS-SF identificou-se que 54,0% (1.374) das internações foram do sexo masculino. Os menores de 1 ano geraram 50,1% (n=1.273) das internações, enquanto a faixa etária de 1 a 4 anos 37,6% (n=957) e a de 5 a 9 anos 12,3% (n=314). Das crianças residentes na área urbana com cobertura por UAPS-Tradicional observou-se o mesmo comportamento citado na área com SF, sendo a maioria das internações em crianças do sexo masculino (n=1.176; 54,6%) e na faixa etária dos menores de 1 ano (n=589; 50,1%). Já para as áreas descobertas de APS, obteve-se 55,9% (n=124) de internações no sexo masculino e 45,5% (n=101) nos menores de 1 ano.

As quatro principais causas de ICSAA verificadas a população infantil da área urbana por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS permaneceram com a mesma classificação

apresentada para o município, ou seja, a primeira causa de internação foram as pneumonias, seguidas da bronquite aguda, gastroenterites infecciosas e epilepsias. Em relação à prevalência das ICSAA, as áreas UAPS-SF obtiveram maiores prevalências nas quatro principais causas do que as UAPS-Tradicional e área descoberta de APS. A Tabela 9 e 10 a seguir apresentam tais dados.

**Tabela 9. Distribuição das causas de ICSAA por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS na população infantil 0 a 9 anos – Residente na área urbana de Juiz de Fora – 2010 a 2012.**

Diagnóstico	Atenção Primária à Saúde			Total
	UAPS-Tradicional	UAPS-SF	Área sem cobertura de APS	
Anemia Deficiência Nutricional	4	3	0	7
Anemia Ferropriva	4	4	2	10
Angina Pectoris	1	0	0	1
Asma	44	76	9	129
<b>Bronquite Aguda</b>	<b>236</b>	<b>458</b>	<b>35</b>	<b>729</b>
Convulsão	4	1	0	5
Doença Inflamatória Órgão Pélvico Feminino	1	0	0	1
Desnutrição	9	16	3	28
Diabetes Mellitus	11	34	8	53
DPOC	51	104	9	164
<b>Epilepsias</b>	<b>93</b>	<b>199</b>	<b>16</b>	<b>308</b>
Febre Reumática Aguda	1	0	0	1
<b>Gastroenterites Infecciosas</b>	<b>132</b>	<b>316</b>	<b>16</b>	<b>464</b>
Gastroenterites Não Infecciosas	12	17	0	29
Hipertensão	1	3	0	4
Hipoglicemia	1	0	0	1
Infecção Aguda Via Área Superior	23	48	5	76
Infecção Rim e Trato Urinário	65	139	13	217
Infecção Tecido Cutâneo	31	56	2	89
Insuficiência Cardíaca	5	10	0	15
Otite Media Superior	8	11	1	20
<b>Pneumonia Bacteriana</b>	<b>434</b>	<b>1034</b>	<b>97</b>	<b>1565</b>

Preveníveis com imunização (Coqueluche, sarampo, tétano, difteria)	1	2	2	5
Saúde Mental - Dependência Química	2	3	2	7
Saúde Mental – Psicoses	0	1	1	2
Saúde Mental - Transtornos de Humor	0	2	0	2
Sífilis	1	6	0	7
TB Outras	1	0	1	2
TB Pulmonar	0	1	0	1
Total	1176	2544	222	3942

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

**Tabela 10. Prevalência ICSAA nas quatro principais causas por tipo de UAPS e área sem cobertura de APS na população infantil 0 a 9 anos – Residente na área urbana de Juiz de Fora – 2010 a 2012.**

Atenção Primária	Pop. Infantil	Pneumonia		Bronquite Aguda		Gastroenterites Infeciosas		Epilepsia	
		n	%	n	%	n	%	n	%
UAPS SF	30.645	1.034	3,4	458	1,5	316	1,0	199	0,6
UAPS Tradicional	18.424	434	2,4	236	1,3	132	0,7	93	0,5
Área sem cobertura de APS	12.077	97	0,8	35	0,3	16	0,1	16	0,1
<b>Total</b>	61.146	1.565	2,6	729	1,2	464	0,8	308	0,5

FONTE: DATASUS/SIH-SUS – 2010 a 2012

Para avaliação da qualidade da APS, da amostra inicialmente definida de 130 cuidadores (90 vinculados à UAPS-SF e 40 de UAPS-Tradicional), foram entrevistados 104 (71 cuidadores vinculados a UAPS-SF e 33 cuidadores vinculados a UAPS-Tradicional) devido às perdas, sendo 17 por mudança/não localização de endereço, após duas substituições de registro da criança imediatamente após a criança sorteada no banco de dados da pesquisa e 9 por não encontrar o cuidador após três tentativas em dias e horários distintos. Não houve perdas decorrentes de recusas para participação no estudo.

Na caracterização sociodemográfica dos cuidadores, a média de idade foi 33,5 anos (DP=11,1), a maioria era composta pelas mães das crianças (n=78; 75,1%), apresentavam renda familiar de até 2 salários mínimos (n=76; 73,1%) e viviam com companheiro (n=67;



74,4%). Com relação à cor ou raça, 35,6% dos cuidadores eram brancos, 30,8% pretos, 30,8% pardos e 2,8% amarelos. O grau de escolaridade mais frequente entre os cuidadores foi o ensino fundamental incompleto (n=39; 37,5%) seguido do ensino fundamental completo (n=26; 25,0%), ensino médio completo (n=16; 15,4%) e ensino médio incompleto (n=15; 14,4%). O ensino superior foi citado por 6 cuidadores sendo que apenas 1 já havia concluído. Dois cuidadores não apresentavam nenhum grau de instrução.

Do total de crianças pesquisadas, 54,8% (n=57) eram do sexo masculino, sendo 39,4% (n=41) brancos, 20,8% (n=32) pardos, 28,8% (n=30) pretos e 1% (n=1) amarelo, conforme dados referido pelo entrevistado. A média de idade atual das crianças que geraram ICSAA no período de estudo é de 5 anos e 2 meses.

**Tabela 11. Características sociodemográficas dos cuidadores por tipo de UAPS.**

Característica	UAPS-SF		UAPS- Tradicional		Total	
	N	%	N	%	n	%
<b>Total de cuidadores</b>	<b>71</b>	<b>68,3</b>	<b>33</b>	<b>31,7</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>
<i>Grau de parentesco</i>						
<b>Mãe</b>	<b>56</b>	<b>78,9</b>	<b>22</b>	<b>66,6</b>	<b>78</b>	<b>75,1</b>
Pai	7	9,9	5	15,2	12	11,5
Avó	5	7,0	5	15,2	10	9,6
Tia	3	4,2	1	3,0	4	3,8
<i>Sexo</i>						
Feminino	64	90,1	28	84,8	92	88,5
Masculino	7	9,9	5	15,2	12	11,5
<i>Situação conjugal</i>						
Vive com companheiro	47	74,6	20	74,1	67	74,4
Vive sem companheiro	16	25,4	7	25,9	23	25,6
<i>Cor ou Raça</i>						
Branco	26	36,6	11	33,3	37	35,6
Preto	22	31,0	10	30,3	32	30,8
Pardo	20	28,2	12	36,4	32	30,8
Amarelo	3	4,2	0	0,0	3	2,8
<i>Faixa etária</i>						
18 a <20 anos	2	2,8	1	3,0	3	2,9
<b>20 a &lt;30 anos</b>	<b>32</b>	<b>45,1</b>	<b>13</b>	<b>39,4</b>	<b>45</b>	<b>43,3</b>
30 a <40 anos	19	26,8	5	15,2	24	23,1
40 a <50 anos	15	21,1	9	27,3	24	23,1
>50 anos	3	4,2	5	15,1	8	7,6
<i>Grau de escolaridade</i>						
Sem instrução	2	2,8	0	0,0	2	1,9
<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	<b>25</b>	<b>35,2</b>	<b>14</b>	<b>42,4</b>	<b>39</b>	<b>37,5</b>
Ensino Fundamental Completo	21	29,6	5	15,2	26	25,0
Ensino Médio Incompleto	8	11,3	7	21,2	15	14,4
Ensino Médio Completo	10	14,1	6	18,2	16	15,4
Ensino Superior Incompleto	4	5,6	1	3,0	5	4,8
Ensino Superior Completo	1	1,4	0	0,0	1	1,0
<i>Renda Familiar</i>						
<b>&lt;2 SM</b>	<b>51</b>	<b>71,8</b>	<b>25</b>	<b>75,8</b>	<b>76</b>	<b>73,1</b>
2 a <4 SM	18	25,4	7	21,2	25	24,0
4 a <10 SM	2	2,8	1	3,0	3	2,9

Fonte: Melo, M.M, 2015.

Legenda: SM: Salário Mínimo.

Dos 104 cuidadores que responderam ao questionário 57 (54,8%) apontaram ter afiliação com a UAPS de referência, demonstrando vinculação com o nível primário de atenção à saúde para o cuidado com a criança. Os demais 47 (45,2%) apontaram ter afiliação com outros serviços (serviços especializados e de urgência e emergência). Tal resultado foi possível, pois o tipo de serviço preferencial para atendimento à saúde da criança foi definido pelo cuidador com base na aplicação de três perguntas iniciais contidas no PCATool em relação a atributo Grau de Afiliação. A partir do serviço identificado pelo cuidador, o restante do instrumento é direcionado a perguntas em relação ao serviço ou profissional a ser avaliado (BRASIL, 2010a).

Diante de tal quadro, os resultados do PCATool serão apresentados segundo o modelo de atenção regularmente utilizado pelo cuidador da criança, mantendo-se os estratos de UAPS-SF e UAPS-Tradicional para os cuidadores que referenciaram UAPS, e outro estrato denominado Outros Serviços para os cuidadores que apontaram não vinculação com a APS.

Em relação aos 57 cuidadores que apontaram o serviço de APS como de referência, 37 (64,9%) eram cuidadores que residem em área de UAPS-SF e 20 (35,1%) residem em área de UAPS-Tradicional.

O Grau de Afiliação, atributo que identifica o serviço ou profissional de saúde que é de referência para os cuidados de saúde da criança, obteve resultado satisfatório em relação ao estrato UAPS-SF para 73,0% (n=27) dos entrevistados com escore médio de 6,9 (DP= 2,53), valor acima do escore considerado satisfatório ( $\geq 6,6$ ). Para as UAPS-Tradicional 65,0% (n=13) dos cuidadores consideraram satisfatório tal atributo e o escore médio foi de 6,0 (DP=2,78). Para o estrato Outros Serviços 55,3% (n=26) dos cuidadores apontaram resultado satisfatório com escore médio de 6,1 (DP= 2,97).

O atributo Acesso de Primeiro Contato é dividido em dois componentes de análise: Acessibilidade (busca identificar se o serviço de saúde responde prontamente ao problema de saúde) e Utilização (identifica se usuário busca o serviço referenciado para sua demanda de saúde). No que se refere à utilização dos serviços, o resultado foi satisfatório para 83,3% (n=31) dos entrevistados de UAPS-SF com escore médio de 7,9 (DP=2,19). Em UAPS-Tradicional, 80,0% (n=16) dos entrevistados consideraram satisfatório o componente com escore médio de 7,6 (DP=2,84). Para o Outros Serviços, 70,2% (n=33) dos cuidadores consideraram satisfatório tal componente, com escore médio de 6,6 (DP= 3,07), escore limite para classificação de satisfatório. Em relação à Acessibilidade, 73,0% (n= 27) dos entrevistados de UAPS-SF e 56,5% dos entrevistados do estrato Outros Serviços consideraram o componente insatisfatório com escore médio de 4,3 (DP=2,87) e 5,1

(DP=3,00), respectivamente. Já para o estrato UAPS-Tradicional, 57,9% (n=11) consideraram satisfatório com escore médio de 6,0 (DP=2,85). Destaca-se que apesar do escore médio ter sido inferior ao valor atribuído ao escore de referência para satisfatório ( $\geq 6,6$ ), a maioria dos cuidadores deste segmento consideraram satisfatório tal componente.

A Longitudinalidade é o atributo que mensura a existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo. Esse atributo obteve resultado insatisfatório em 61,1% (n=22) e 63,8% (n=30) dos cuidadores de crianças residentes em área de UAPS-SF e Outros Serviços, respectivamente, com escore médio de 6,6 (DP=1,87) da UAPS-SF e de 5,4 (DP=2,45) para o Outros Serviços. Já para UAPS-Tradicional o maior percentual (57,9%) foi de entrevistados que consideraram esse atributo satisfatório e o escore médio foi de 6,7 (DP=2,74).

A Coordenação da Atenção, atributo essencial que pressupõe alguma forma de continuidade no atendimento dos usuários, é dividida em dois: Integração de Cuidados e Sistema de Informação. O componente Integração de Cuidados foi avaliado por apenas 39,2% (n=40) do total dos entrevistados, isso devido à avaliação deste componente ser dependente da resposta positiva em relação ao encaminhamento pelo profissional ou serviço de saúde em avaliação para outro nível de atenção. Assim, 58,3% dos entrevistados de UAPS-SF consideraram insatisfatório este componente, com escore médio de 6,4 (DP=3,39). Nos estratos UAPS-Tradicional e Outros Serviços, 75,5% dos cuidadores consideraram satisfatório tal componente, variando o escore médio em 6,8 e 7,8, respectivamente, com destaque para o Outros Serviços cujo escore médio ficou bem acima do valor de referência. O componente Sistema de Informação obteve nas UAPS-SF, o melhor resultado dentre todos os atributos com 91,7% de respostas satisfatória dos cuidadores para a presença desse atributo, escore médio de 7,7 (DP=1,30). Nas UAPS-Tradicional esse componente recebeu 77,8% de resposta satisfatória e escore médio de 7,8 (DP=2,68) e o Outros Serviços 63,0% com escore médio de 6,4 (DP=3,40).

Finalizando os atributos essenciais, tem-se a Integralidade que avalia as ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral. Esse atributo é subdividido em: Serviços Disponíveis, identificados como serviços-orientações que possam ser utilizados em caso de necessidades, e Serviços Prestados, identifica assuntos importantes para a saúde da criança abordados durante um procedimento. Acerca dos Serviços Disponíveis verificou-se que 65,7% e 86,5% dos cuidadores de crianças dos estratos UAPS-SF e Outros Serviços atribuíram resultado insatisfatório, com escore médio de 5,4 (DP=2,56) e de 2,6 (DP=2,62), respectivamente. O resultado insatisfatório não pode ser observado em

relação ao estrato UAPS-Tradicional onde 52,6% dos entrevistados responderam satisfatório, com escore médio de 6,0 (DP=2,65). O componente Serviços Prestados apresentou resultado satisfatório para todos os estratos com percentuais de 52,8%, 68,4% e 52,2% para UAPS-SF, UAPS-Tradicional e Outros Serviços. Somente o estrato UAPS-Tradicional apresentou escore médio acima (7,1; DP=3,61) do valor de referência para satisfatório

Em relação aos atributos derivados da APS, o atributo Orientação Familiar, que busca identificar a integração do contexto familiar na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, apresentou resultado satisfatório para a maioria dos cuidadores dos 2 estratos de UAPS, com 63,9% dos entrevistados de UAPS-SF e 68,4% para UAPS-Tradicional, escores médios de 6,0 (DP= 3,85) e 7,1 (DP=3,61) na mesma ordem. Já no estrato Outros Serviços, apenas 38,3% responderam satisfatório, com escore médio de 5,1 (DP=3,36).

O outro atributo derivado da APS avaliado pelo PCATool, a Orientação Comunitária, representa o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade. Esse atributo obteve os piores resultados em relação ao conjunto dos atributos da APS, essenciais e derivados, em todos os estratos, sendo insatisfatório em 79,4%, 84,2% e 97,8% dos entrevistados de UAPS-SF, UAPS-Tradicional e Outros Serviços, escores médios de 3,4 (DP= 3,18), 3,5 (DP=3,34) e 0,7 (DP=1,56), respectivamente.

A partir dos escores obtidos pelos atributos essenciais da APS, calculou-se o EEAPS. Dos valores dos escores do conjunto dos atributos, essenciais e derivados, calculou-se o EGAPS. O escore médio foi de 6,5 (DP=1,52) para UAPS-SF e 6,7 (DP=1,96) para UAPS-Tradicional. O estrato Outros Serviços obteve resultado insatisfatório em relação EEAPS para 61,7% dos entrevistados, com escore de 5,6 (DP=2,00).

Em relação ao EGAPS, o resultado insatisfatório foi atribuído pelos entrevistados com 51,4% para UAPS-SF e 78,7% para Outros Serviços. O valor do escore médio foi de 6,2 (DP=1,59) para UAPS-SF e 5,1 (DP=1,78) para o Outros Serviços. Para UAPS-Tradicional 55% dos cuidadores responderam satisfatoriamente, com escore médio de 6,4 (DP=1,89).

A Tabela 12 e 13 a seguir apresentam os resultados dos atributos da APS, EEAPS e EGAPS.

**Tabela 12. Distribuição dos escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde, Escore Essencial da Atenção Primária e Escore Geral da Atenção por Modelo de Atenção.**

Atributo	UAPS -SF		UAPS-Tradicional		Outros Serviços	
	n	%	n	%	n	%
<i>Grau de Afiliação</i>						
Insatisfatório	10	27,0	7	35,0	21	44,7
Satisfatório	27	73,0	13	65,0	26	55,3
<i>Acesso de Primeiro Contato - Utilização</i>						
Insatisfatório	6	16,2	4	20,0	14	29,8
Satisfatório	31	83,3	16	80,0	33	70,2
<i>Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade</i>						
Insatisfatório	27	73,0	8	42,1	26	56,5
Satisfatório	10	27,0	11	57,9	20	43,5
<i>Longitudinalidade</i>						
Insatisfatório	22	61,1	8	42,1	30	63,8
Satisfatório	14	38,9	11	57,9	17	36,2
<i>Coordenação - Integração de Cuidados</i>						
Insatisfatório	7	58,3	2	25,0	5	25,0
Satisfatório	5	41,7	6	75,0	15	75,0
<i>Coordenação - Sistema de Informação</i>						
Insatisfatório	3	8,3	4	22,2	17	37,0
Satisfatório	33	91,7	14	77,8	29	63,0
<i>Integralidade - Serviços Disponíveis</i>						
Insatisfatório	23	65,7	9	47,7	32	86,5
Satisfatório	12	34,3	10	52,6	5	13,5
<i>Integralidade - Serviços Prestados</i>						
Insatisfatório	17	47,2	6	31,6	22	47,8
Satisfatório	19	52,8	13	68,4	24	52,2
<i>Orientação Familiar</i>						
Insatisfatório	13	36,1	6	31,6	29	61,7
Satisfatório	23	63,9	13	68,4	18	38,3
<i>Orientação Comunitária</i>						
Insatisfatório	27	79,4	16	84,2	45	97,8
Satisfatório	7	20,6	3	15,8	1	2,2
<i>EEAPS</i>						
Insatisfatório	17	45,9	9	45,0	29	61,7
Satisfatório	20	54,1	11	55,0	18	38,3
<i>EGAPS</i>						
Insatisfatório	19	51,4	9	45,0	36	78,7
Satisfatório	18	48,6	11	55,0	10	21,3

Fonte: Melo, M.M, 2015.

**Tabela 13. Média e Desvio Padrão (DP) dos escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde, Escore Essencial da Atenção Primária e Escore Geral da Atenção por Modelo de Atenção.**

Atributo	UAPS-SF		UAPS-Tradicional		Outros Serviços	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Grau de Afiliação	6,9	2,53	6	2,78	6,1	2,97
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	7,9	2,19	7,6	2,84	6,6	3,07
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	4,3	2,87	6	2,85	5,1	3,00
Longitudinalidade	6,6	1,87	6,7	2,74	5,5	2,52
Coordenação - Integração de Cuidados	6,4	3,39	6,8	4,31	7,8	3,06
Coordenação - Sistema de Informações	7,7	1,30	7,8	2,11	6,4	3,40
Integralidade - Serviços Disponíveis	5,4	2,56	6	2,63	2,6	2,62
Integralidade - Serviços Prestados	6,0	3,85	7,1	3,61	5,8	4,26
Orientação Familiar	6,8	2,61	7,1	3,79	5,1	3,36
Orientação Comunitária	3,4	3,18	3,5	3,34	0,7	1,56
EEAPS	6,5	1,52	6,7	1,96	5,6	2,00
EGAPS	6,2	1,59	6,4	1,89	5,1	1,85

Fonte: Melo, M.M, 2015.

Na análise bivariada, para o EEAPS a única variável que se mostrou associação estatisticamente significativa foi a faixa etária do cuidador ( $p=0,040$ ). Para o EGAPS, as variáveis que apresentaram significância estatística foram a situação conjugal ( $p=0,012$ ) e o modelo de atenção ( $p=0,007$ ). Os resultados encontram-se na Tabela 14 a seguir.

**Tabela 14. Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e características da criança e do cuidador e estratos da amostra para o EEAPS e EGAPS.**

	EEAPS			EGAPS		
	Insatisfatório n (%)	Satisfatório n (%)	<i>p</i>	Insatisfatório n (%)	Satisfatório n (%)	<i>p</i>
<b>Faixa etária criança</b>			0,282			0,566
1 a 4 anos	28 (46,7)	32 (53,3)		35 (58,3)	25 (41,7)	
5 a 9 anos	24 (60,0)	16 (40,0)		27 (67,5)	13 (32,5)	
≥ 9 anos	3 (75,0)	1 (25,0)		3 (75,0)	1 (25,0)	
<b>Faixa etária cuidador</b>			<b>0,040</b>			0,074
18 a <30 anos	19 (39,6)	29 (60,4)		25 (51,2)	23 (47,9)	
30 a <40 anos	16 (66,7)	8 (33,3)		19 (79,2)	5 (20,8)	
40 anos ou mais	20 (62,7)	12 (37,5)		21 (65,6)	11 (34,4)	
<b>Escolaridade do cuidador</b>			0,596			0,796
≤ 8 anos	23 (56,1)	18 (43,9)		25 (61,0)	16 (39,0)	
>8 anos	32 (50,8)	31 (49,2)		40 (63,5)	23 (36,5)	
<b>Situação Conjugal</b>			0,145			<b>0,012</b>
Vive sem companheiro	15 (42,9)	20 (57,1)		16 (45,7)	19 (54,3)	
Vive com companheiro	40 (58,0)	29 (42,0)		49 (71,0)	20 (29,0)	
<b>Grau de Parentesco</b>			0,692			0,263
Mãe	42 (53,8)	36 (46,2)		51 (65,4)	27 (34,6)	
Pai	7 (58,3)	5 (41,7)		8 (66,7)	4 (33,3)	
Outros	6 (42,9)	8 (57,1)		6 (42,9)	8 (57,1)	
<b>Modelo de Atenção</b>			0,262			<b>0,007</b>
UAPS-SF	17 (45,9)	20 (54,1)		19 (51,4)	18 (48,6)	
UAPS-Tradicional	9 (45,0)	11 (55,0)		9 (45,0)	11 (55,0)	
Outros Serviços	29 (61,7)	18 (38,3)		37 (78,7)	10 (21,3)	

Fonte: MELO, M.M., 2015.



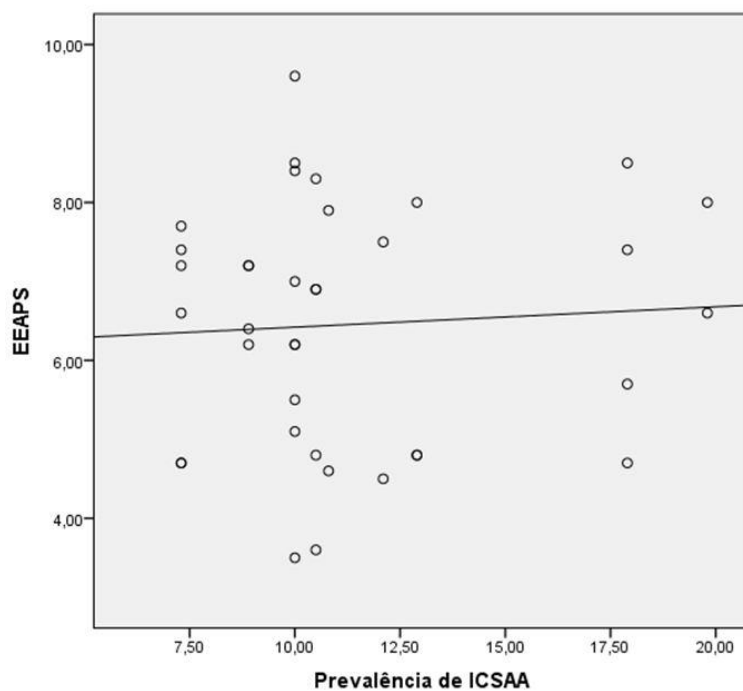
Para as variáveis significativas na análise bivariada foi realizada análise de regressão logística binária, tendo como variável dependente o EEAPS e EGAPS. Para o EEAPS a variável faixa etária do cuidador mostrou-se marginalmente significativa ( $p= 0,109$ ) apontando que, para os cuidadores acima de 30 anos, existe uma redução de 57,1% da chance de avaliação satisfatória quando comparada a faixa etária mais jovem, de 18 a 30 anos. Para EGAPS, a variável situação conjugal apontou que viver com o companheiro reduz a chance de avaliação satisfatória do conjunto de atributos da APS em 52,5% e a variável modelo de atenção demonstrou que para cuidadores vinculados à Outros Serviços quando comparado ao modelo UAPS-SF essa redução é de 65,4%. Os resultados estão apresentados na Tabela 15 a seguir.

**Tabela 15. Regressão Logística Binária para o EEAPS e EGAPS.**

	Insatisfatório n (%)	Satisfatório n (%)	OR	<i>p</i>
<b>EEAPS</b>				
<b>Faixa etária cuidador</b>				0,109
18 a <30 anos	19 (39,6)	29 (60,4)		
30 a <40 anos	16 (66,7)	8 (33,3)	0,429	
40 anos ou mais	20 (62,5)	12 (37,5)	0,429	
<b>EGAPS</b>				
<b>Situação Conjugal</b>				0,104
Vive sem companheiro	16 (45,7)	19 (54,3)		
Vive com companheiro	49 (71,0)	20 (29,0)	0,475	
<b>Modelo de Atenção</b>				0,044
UAPS-SF	19 (51,4)	18 (48,6)		
UAPS-Traducional	9 (45,0)	11 (55,0)	1,262	0,681
Outros Serviços	37 (78,7)	10 (21,3)	0,346	0,035

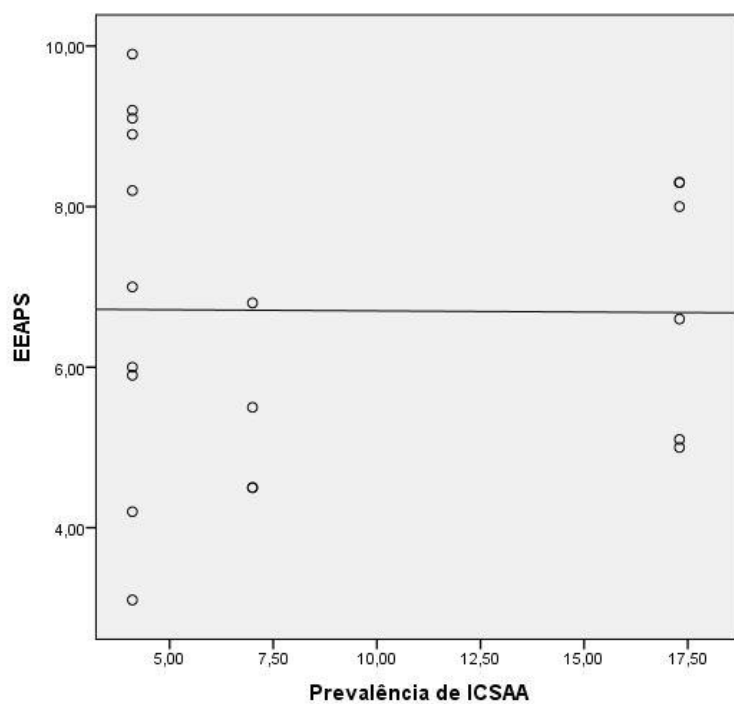
Fonte: MELO, M.M., 2015.

Não foram encontradas correlações entre o EEAPS e o EGAPS com a prevalência das ICSAA em nenhum dos modelos de atenção. Tais resultados estão apresentados nos Gráficos de 1 a 6 a seguir.



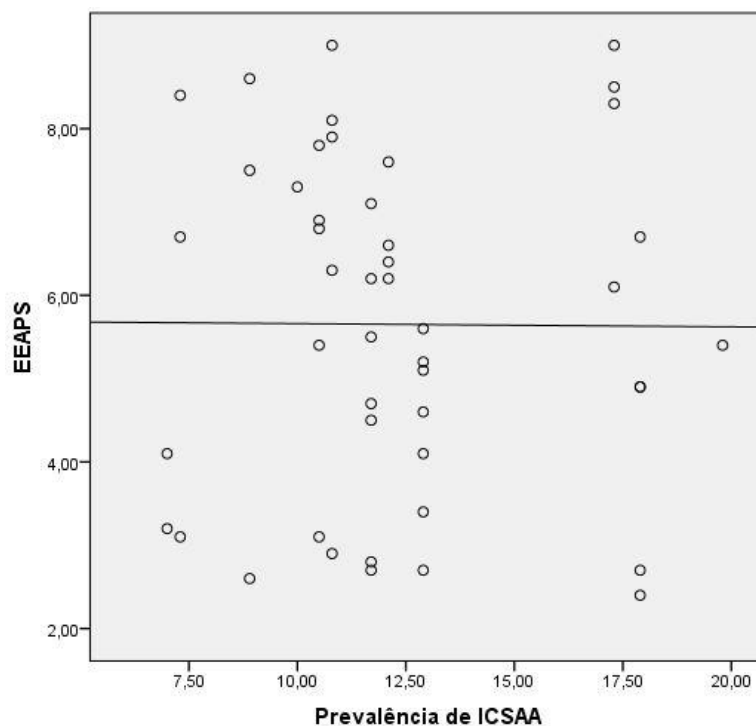
**Gráfico 1: Gráfico de dispersão - EEAPS e a prevalência de ICSAA – Modelo UAPS-SF.**

Fonte: MELO, M.M., 2015.



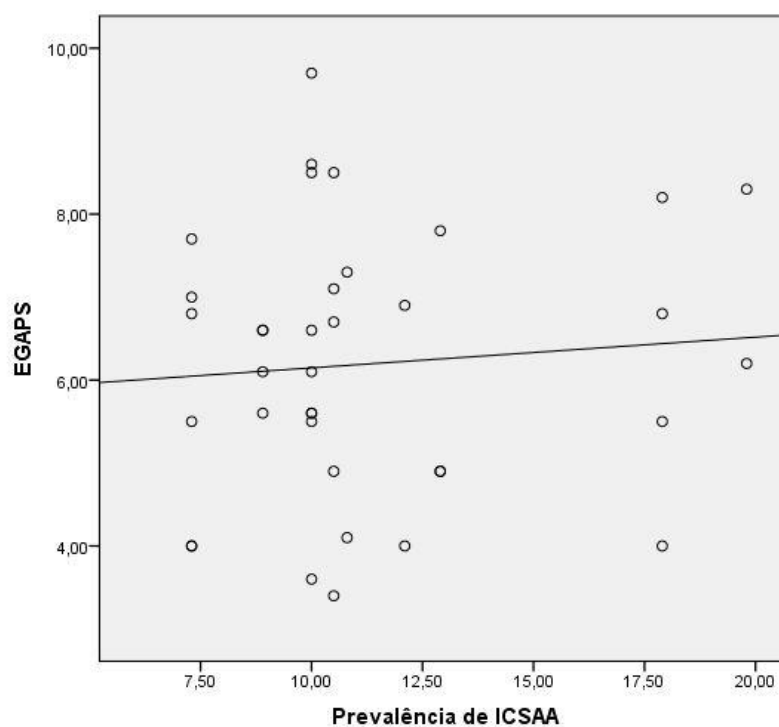
**Gráfico 2: Gráfico de dispersão - EEAPS e a prevalência de ICSAA - Modelo UAPS-Tradicional.**

Fonte: MELO, M.M., 2015.



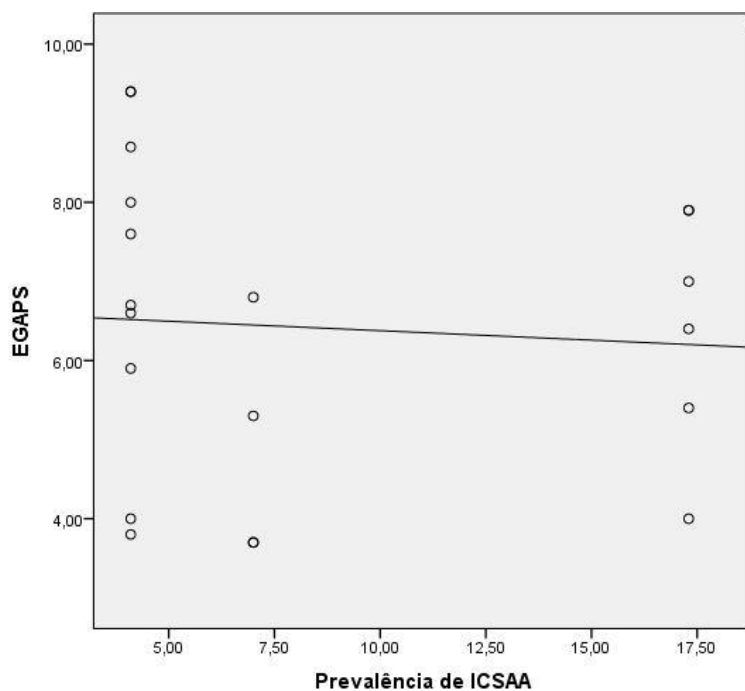
**Gráfico 3: Gráfico de dispersão - EEAPS e a prevalência de ICSAA - Outros Serviços.**

Fonte: MELO, M.M., 2015.



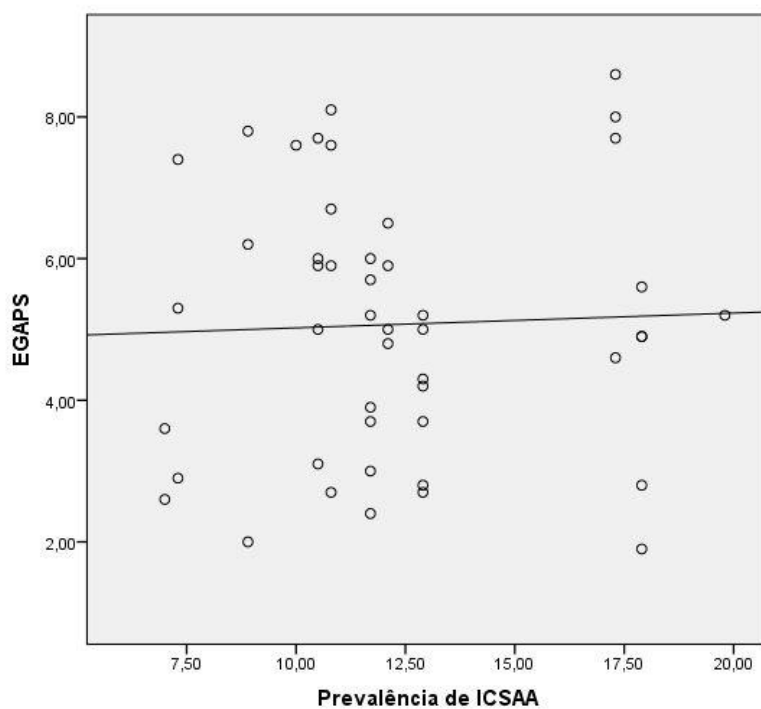
**Gráfico 4: Gráfico de dispersão - EGAPS e a prevalência de ICSAA - Modelo UAPS-SF.**

Fonte: MELO, M.M., 2015.



**Gráfico 5: Gráfico de dispersão - EGAPS e a prevalência de ICSAA – Modelo UAPS- Tradicional.**

Fonte: MELO, M.M., 2015.



**Gráfico 6: Gráfico de dispersão - EGAPS e a prevalência de ICSAA - Outros Serviços.**  
Fonte: MELO, M.M., 2015.

## 6- DISCUSSÃO

No Brasil, é crescente a utilização do indicador ICSAA no monitoramento e avaliação em saúde a exemplo da Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), um modelo que traz na avaliação da efetividade do sistema de saúde nacional o percentual de ICSAA como forma de mensurar indiretamente a APS (BRASIL, 2014). Também houve referência a tal medida nos Indicadores e Dados Básicos (IDB) do MS que incluíram a partir de 2012, na taxa de internação hospitalar SUS por causas selecionadas a categoria internações por condições sensíveis a atenção básica (BRASIL, 2012d).

O Estado de Minas Gerais figura entre os pioneiros na elaboração da lista de ICSAA e na utilização de tal indicador no monitoramento e avaliação desempenho da APS (ALFRADIQUE et al., 2009; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013). Institucionalizar o uso das ICSAA como indicador tem sido considerado por alguns autores como uma estratégia de aprimoramento do processo de gestão e planejamento dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais (ALFRADIQUE et al., 2009).

Tal afirmativa pode ser confirmada pelo próprio município de estudo, Juiz de Fora, que vem fazendo uso desse indicador ao instituir, a partir do último Plano Municipal de Saúde – 2014-2017, a pactuação de metas para redução em 2% da taxa de ICSAA, propondo que estas passem de 11,34% em 2013, para 10,34% em 2014 e 9,34% em 2015 (JUIZ DE FORA, 2014).

Em geral os estudos tem demonstrado uma tendência de redução nas taxas de internações por CSAA a nível nacional (BOING et al., 2012; MOURA et al., 2010; ALFRADIQUE et al., 2009). Os dados da PROADESS confirmam tal redução no percentual de ICSAA em relação ao número total de internações no país. No ano de 1998, o percentual era de 24,1% e veio reduzindo até atingir 20,4% em 2012. Em relação ao Estado de Minas Gerais em 1998, o percentual de ICSAA era de 27,9%, e em 2012 passou para 21,7%. Com relação a região de saúde a qual Juiz de Fora pertence também verificou-se uma diminuição na taxa de ICSAA entre 1998 a 2012, passando de 24,5% para 17,9%, respectivamente. Assim, observa-se que vem ocorrendo uma redução no percentual de ICSAA no país, em Minas Gerais e na região de Juiz de Fora. Cabe destacar que o percentual de ICSAA na região de Juiz de Fora foi menor que o observado para o Estado e para o país (BRASIL, 2014).

Em relação ao município de Juiz de Fora, o presente estudo observou que no período de 2010 a 2012, das 12.412 internações na população infantil de 0 a 9 anos residente, 4.117

foram internações classificadas como sensíveis a atenção primária, segundo a lista mineira (MINAS GERAIS, 2006), representando 33,2% das internações. Estudos anteriores realizados no município, que utilizou a lista mineira, observou que no período de 2002 a 2005 o percentual de ICSAA foi de 20,9% (COELI et al., 2008), e de 23,3% para o período de 2006 a 2009 (TEIXEIRA et al., 2010). Tais resultados apontam para um crescimento das ICSAA na população infantil do município.

No presente estudo, ao tomar como referência a lista brasileira (BRASIL, 2008a), verificou-se 2.736 ICSAA, o que representou 22% do total das internações ocorridas na população infantil. Assim destaca-se uma diferença de 11,2% no percentual de ICSAA quando comparadas as duas listas, no período de 2010 a 2012.

O estudo propôs trabalhar e aprofundar os resultados tomando como referência a lista das ICSAA proposta pela SES/MG (MINAS GERAIS, 2006) por considerar as peculiaridades e particularidades do contexto de saúde do Estado. De acordo com Alfradique et al. (2009), as listas devem estar adaptadas aos sistemas de saúde, perfis epidemiológicos e carga de doenças, pois essa adaptação garante validade, confiabilidade e representatividade da lista, sendo requisito fundamental para a utilização na avaliação da efetividade da APS.

No entanto, apesar de tal entendimento, ao buscar na literatura acadêmica estudos que utilizaram, na identificação das ICSAA, a lista elaborada pela SES/MG, é difícil de encontrar, uma vez que a maioria dos estudos realizados utilizaram a lista brasileira (CARDOSO et al., 2013; FERNANDES et al., 2009; CALDEIRA et al., 2011; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013), com exceção do estudo de MORENO et al. (2009).

Acredita-se que a preferência pela utilização da lista brasileira (BRASIL, 2008a) favorece a comparação dos resultados encontrados no Estado de Minas Gerais com outros estudos nacionais, em detrimento de uma análise de tendência de tais internações em relação ao perfil epidemiológico de cada contexto. Pondera-se que a variabilidade de diagnósticos incluídos nas diversas listas disponíveis e a seleção das causas de tais internações leva em consideração aspectos como: a políticas de atenção básica, o perfil de internação hospitalar e o comportamento de procura aos serviços de saúde.

Ao considerar esses e outros aspectos é possível garantir a validade e representatividade do indicador (MORENO et al., 2009; CAMINAL et al., 2001). Tal aspecto é pertinente com os achados do presente estudo, onde foi possível verificar uma expressiva diferença (n=1.381) quando avaliadas as internações hospitalares na população infantil de 0 a 9 anos, por meio tanto da lista mineira e quanto da lista brasileira. A expressiva diferença foi atribuída, principalmente, à escolha entre as causas de internações referentes ao grupo das

pneumonias, causa de ICSAA que aparece entre as quatro principais na população infantil de 0 a 9 anos, resultado que corrobora com outros estudos (CALDEIRA et al., 2011; MOURA et al., 2010). Destaca-se que a inclusão do grupo Saúde Mental entre os códigos de CID-10 na lista de Minas Gerais capta informações importantes como é o caso da dependência química, psicoses e transtornos de humor apresentando a ocorrência de internações mesmo em população infantil. Tais achados apontam para a questão da transmissão vertical, como é o caso da dependência química ou possíveis falhas na qualidade do registro.

Assim, conclui-se que a utilização da lista nacional em contextos estaduais que tenham suas listas de ICSAA podem apresentar resultados que subestimam o número de internações que poderiam ser evitadas como a prestação de serviços e cuidados básicos de saúde oportunos e de qualidade.

Em relação as quatro principais causas de ICSAA na população infantil de estudo, verificou-se que no período de 2010-2012 a primeira causa de internação foi a pneumonia bacteriana, seguida da bronquite aguda, das gastroenterites infecciosas e por último da epilepsia. Estudos anteriores no município verificaram que no período de 2002 a 2005 a bronquite aguda foi a primeira causa de ICSAA, seguida da gastroenterite infecciosas, asma e a pneumonia bacteriana. Já o período de 2006-2009 a pneumonia bacteriana passou a configurar como a primeira causa de ICSAA, seguida da bronquite, das gastroenterites e epilepsia. Os resultados apontam para alternância entre as causas, com destaque para a saída da asma, inclusão da epilepsia e a permanência das pneumonias bacterianas como a maior causa de ICSAA durante o período de 2006-2012.

Moura et al. (2010) desenvolveram um estudo das tendências e padrões das três principais causas de ICSAA no Brasil. No ano de 2006, na faixa etária de 0 a 9 anos, as três principais causas de internação foram gastroenterites infecciosas, asma e pneumonias bacterianas.

Alfradique et al. (2009) destacam que, para adequada utilização das ICSAA como indicador de desempenho da SF, é fundamental considerar na análise dos resultados que algumas CSAA se diferenciam em relação aos grupos populacionais, como verifica-se na população infantil cujas principais causas de ICSAA são as doenças respiratórias e as gastroenterites, apresentando altas taxas de hospitalizações.

Na literatura encontra-se bem estabelecida a relação entre a idade da criança e as internações por pneumonia, apontando para uma predominância em menores de 1 ano, em especial nos menores de 6 meses (NASCIMENTO-CARVALHO E SOUSA-MARQUES, 2004).

Em relação a faixa etária foi possível identificar que, das 4.117 ICSAA ocorridas no período de estudo, 49,9% foram internações em menores de 1 ano, seguidas da faixa de 1 a 4 anos (37,2%) e de 5 a 9 anos (12,9%). Nos períodos de 2002-2005 e 2006-2009, os menores de 1 ano também foram responsáveis pelo maior número de ICSAA. Tais achados vão ao encontro aos resultados observados para o país sendo identificada uma associação estatisticamente significativa entre ICSAA e idade inferior a dois anos (CALDEIRA et al., 2011).

Estudo desenvolvido na Espanha sobre ICSAA aponta a relação inversa que existe entre o padrão etário e as hospitalizações, ou seja, entre as crianças, quanto menor a idade maior o aumento na taxa de internação (CAMINAL et al., 2001). Caldeira e colaboradores (2011) justificam essa relação no fato de que crianças de 0 a 2 anos são mais susceptíveis às doenças e, além disso, quando doentes, geram maiores preocupações para suas famílias e mesmo para os profissionais de saúde, que ficam mais predispostos a recomendarem a hospitalização. Por outro lado, taxas de internações mais elevadas podem apontar o acesso limitado aos cuidados de saúde, levando ao agravamento de situações inicialmente simples, ou a dificuldade do manejo clínico pelos profissionais de saúde em crianças menores.

Além da idade, a desnutrição e o desmame precoce são fatores fortemente associados à internação infantil e predisponentes às ICSAA. A desnutrição grave está associada ao número maior de infecções respiratórias graves, com maior risco de óbito (PAIVA et al., 1998).

Com vistas a manter o estado nutricional adequado e garantir a potencialidade do desenvolvimento e crescimento infantil, nos primeiros dois anos de vida, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até os dois anos ou mais.

Na atenção à criança, uma das prioridades da ESF, a promoção e o manejo do aleitamento materno compreende uma das ações prioritárias desenvolvidas na AB. O aleitamento materno exclusivo até os seis meses é um foco importante na orientação das mães desde o pré-natal, prática orientadora bem estabelecida e trabalhada pela equipe de SF, especialmente os profissionais de enfermagem e médicos (CICONI et al., 2004; BRASIL 2009).

Já a partir do sexto mês, deve-se introduzir na dieta infantil gradativamente alimentos complementares apropriados, seguros e nutricionalmente equilibrados. Para tal conduta, o conhecimento técnico é essencial visto que orientar e elaborar um plano alimentar complementar ao aleitamento envolve o cálculo do valor energético calórico total e das necessidades de macro e micronutrientes de acordo com a idade, com vistas ao adequado crescimento/desenvolvimento e manutenção e/ou recuperação do estado nutricional eutrófico.



Compreende tal conduta, a orientação às mães e cuidadores dos conceitos adequados de preparo, noções de consistência e porcionamento das refeições e opções de diversificação alimentar.

Neste cenário específico de condutas, torna-se evidente a relevância da atuação do profissional da nutrição, que é formado para estabelecer cuidados com a alimentação de acordo com o ciclo de vida e trabalhar os reflexos dessa prática na saúde em geral. Portanto, o nutricionista é um importante protagonista na promoção das recomendações oficiais sobre o aleitamento materno e, principalmente, a alimentação complementar adequada (ARAÚJO E ALMEIDA, 2007).

Somado a isso, o acompanhamento nutricional abrange o diagnóstico e o monitoramento do estado nutricional com identificação de possíveis déficits. Quadros de desnutrição podem repercutir negativamente na saúde da criança, visto que o estado nutricional compreende um dos principais moduladores da resposta imunológica sendo importante determinante do risco e do prognóstico de doenças (ROCHA et al., 2007; WERNECK et al., 2011). Assim, podemos inferir que há uma associação positiva entre a presença de orientações nutricionais adequadas e oportunas, e o grau de hospitalizações na população infantil, especialmente de ICSAA.

Desta forma, ressalta-se a relevância da inserção do nutricionista na AB devido a potencialidade desse profissional de gerar melhorias na saúde da população, estimulando e protegendo a prática do aleitamento materno e alimentação complementar em tempo adequado e de qualidade (BRASIL, 2009). Conseqüentemente, ações desenvolvidas pelos nutricionistas inseridos na AB se refletirão no estado nutricional da população infantil assistida podendo, assim, contribuir para redução de hospitalizações por CSAA. A inserção dessa e de outras categorias profissionais de nível superior na APS vem sendo possibilitada pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF foram criados pelo MS por meio da Portaria nº 154/2008, ampliando a abrangência e o escopo das ações da APS, assim como sua resolubilidade (BRASIL, 2008b).

Em estudo de revisão bibliográfica, Pereira, Silva e Lima Neto (2014) buscaram identificar se a redução das taxas de ICSAA esteve associada com presença da SF. De acordo com os autores, nem sempre essa relação é confirmada, o que se justifica pela forma heterogênea de implantação e expansão da SF nas diversas regiões do país.

No presente estudo, as UAPS-SF apresentaram uma prevalência de ICSAA de 8,26%, enquanto as UAPS-Tradicional de 6,19% e áreas descobertas de APS de 5,5% de ICSAA.

Estudo realizado na população infantil de Montes Claros, Minas Gerais, demonstrou uma associação estaticamente significativa das ICSAA com a vinculação a ESF (IC95%=1,03-1,61;  $p=0,005$ ). No entanto, os autores ponderam a necessidade de cautela na interpretação do resultado, visto que a vinculação à ESF diz respeito apenas ao local de residência da família apresentar cobertura pela ESF, além do mais, prioritariamente, as equipes de SF estão inseridas nas áreas mais carentes do município. Além disso variáveis relacionadas à assistência como: realização de puericultura, local e profissional que acompanha, não foram estatisticamente associadas (CALDEIRA et al., 2011). Donde se conclui que tais variáveis, se apresentassem resultado positivo de significância, representariam muito mais o efeito da SF no perfil das ICSAA do que apenas morar em área coberta pela Estratégia.

Assim, fica evidente que é preciso considerar outros fatores além da área de residência apresentar ou não cobertura pela SF na avaliação de ICSAA.

Nesse sentido, utilizar como ferramenta a avaliação da qualidade da atenção prestada na APS é uma forma de buscar identificar e aprofundar tais limitações relacionadas à estrutura e ao processo no nível primário. Com esse intuito, o presente estudo selecionou uma amostra para investigar a relação entre as ICSAA e a qualidade da APS, propondo uma abordagem de aspectos que reflitam as mudanças da prática da APS (ALFRADIQUE et al., 2009; CALDEIRA et al., 2011)

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde por meio do instrumento PCATool, validado pelo MS (BRASIL, 2008a), permitiu identificar que a maioria dos entrevistados (54,8%) tem a APS como serviço de referência no cuidado de saúde da criança, enquanto que outro grupo de entrevistados (45,2%) apontaram outros serviços. Leão, Caldeira e Oliveira (2011), ao avaliaram os atributos da APS na assistência à saúde da criança no município de Montes Claros/MG, também utilizando o PCATool, identificaram que 77,7% dos cuidadores tem a APS como referência enquanto 22,3% vinculam-se a outros serviços para atenção à saúde da criança.

No que se refere às características sociodemográficas dos cuidadores, as mães são as principais responsáveis pelo cuidado às crianças, achado também verificado em outros estudos semelhantes, assim como a faixa etária predominante de 20 a 29 anos (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; INOCÊNCIO, 2014; ARAUJO et al., 2014).

Com relação ao grau de escolaridade dos cuidadores este se concentrou no ensino fundamental incompleto, achado corroborado pelo estudo de Inocêncio (2014). A maioria dos entrevistados respondeu ter renda familiar abaixo de 2 salários mínimos (73,1%), fato que

também pode ser observado em estudo desenvolvido em município do Paraná, região sul do país (ARAÚJO et al., 2014). A respeito da situação conjugal, no presente estudo 66,3% declararam viver com companheiro. A opção em não trabalhar com a variável estado civil e sim com situação conjugal, é por entender que esta última reflete melhor a situação real dos casais.

Para iniciar a discussão em relação aos resultados do PCATool, é importante destacar que outros serviços foram citados como de referência para o cuidado de saúde das crianças, mesmo em áreas de abrangência de UAPS. No presente estudo a representação foi de 54,8% para UAPS e 45,2% para Outros Serviços. O estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) identificou que 77,7% dos cuidadores referenciaram a SF e 22,3% informaram outros serviços. O que demonstra ainda a identificação de outros serviços como responsáveis pela saúde da criança, área que, no âmbito do SUS, compõe uma das ações programáticas prioritárias da AB.

Na análise dos atributos da APS, o atributo Grau de Afiliação obteve escore médio superior ao valor considerado satisfatório somente no estrato UAPS-SF, enquanto que nos outros estratos, UAPS-Tradicional e Outros Serviços o escore médio foi abaixo de < 6,6, considerado insatisfatório. Assim, verifica-se a maior presença e extensão de tal atributo na UAPS-SF, demonstrando uma vinculação do usuário mais forte neste tipo de serviço. A aproximação do escore médio entre os dois outros estratos pode refletir a lógica de organização destes serviços, onde a definição de área de abrangência é ampla e não há adscrição da população a uma equipe como na SF.

O componente Utilização do atributo Acesso de Primeiro Contato foi o único que apresentou escore médio superior a 6,6 em todos os três estratos estudados, com valor de escore médio superior nas UAPS. Apontando que tanto a APS orientada pela SF ou pelo modelo tradicional, assim como os Outros Serviços são percebidos como serviços de referência para cuidado de saúde das crianças, especialmente em relação a consultas de rotina ou para tratar um novo problema de saúde. Destaca-se que a utilização dos serviços é totalmente dependente da atitude do usuário, no entanto, é influenciada por características do serviço, uma vez que o mesmo pode facilitar ou impedir que o usuário o perceba como acessível.

Em contraponto o componente Acessibilidade, deste mesmo atributo, obteve escores médios nos três estratos abaixo de 6,6, mostrando fraca presença e extensão desse componente do atributo. Em estudos similares tal componente também apresentou escore insatisfatório, o que aponta para a existência de dificuldades no atendimento das necessidades,

como não atendimento no mesmo dia e demora para conseguir marcar uma consulta de rotina, aspectos destacados no instrumento (MARQUES et al., 2014; INOCÊNCIO, 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Kovacs et al. (2005) destacam que a Acessibilidade, como um dos elementos estruturais da APS, quando não efetiva, pode impactar negativamente no funcionamento do serviço e, dessa forma, influenciar o desempenho dos demais atributos.

O atributo Longitudinalidade apresentou escores médios satisfatórios somente nos estratos que referenciaram vínculo com a APS (UAPS-SF e UAPS-Tradicional) e insatisfatório para Outros Serviços. O mesmo resultado não foi observado no estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011), com valores satisfatório tanto nos serviços de APS como em outros serviços. Outros estudos que utilizaram o PCATool na avaliação da saúde da criança somente em serviços de APS apresentaram escore insatisfatório para esse atributo apontando uma fragilidade na APS (INOCÊNCIO, 2014; MARQUES et al, 2014).

Ter o atributo Longitudinalidade satisfatório na APS, como encontrado no presente estudo é de destaque, pois conforme entendimento de Cunha e Giovanella (2011) a Longitudinalidade é uma característica central e exclusiva da APS. Com tal entendimento, as autoras sugerem que o referido atributo possa ser utilizado isoladamente na avaliação da qualidade da APS, assim, elaboraram uma proposta de roteiro com questões adaptadas do PCATool com acréscimo de novas variáveis identificadas para o atributo.

Para o atributo Coordenação – Integração dos Cuidados, a UAPS-SF apresentou escore médio de 6,4, valor próximo ao considerado satisfatório ( $\geq 6,6$ ), os outros dois estratos obtiveram escore satisfatório (UAPS-Tradicional - 6,8 e Outros Serviços – 7,8), sendo a variação dos escores médios entre os dois modelos de APS pequena (tanto para mais como para menos) em relação ao valor tido como escore satisfatório. Estudo realizado por Inocêncio (2014), no mesmo município, encontrou escore insatisfatório para os dois modelos de APS avaliados, SF e Tradicional.

Esse componente avalia a percepção do cuidador sobre a utilização do encaminhamento, assim como o interesse do profissional em relação ao atendimento realizado em outros serviços. Podemos inferir que o resultado obtido de maior presença de tal atributo nos Outros Serviços, possa estar relacionado à presença de especialistas e acesso a recursos de diagnóstico, o que potencializa a integração dos cuidados conforme entendimento do instrumento.

Com relação ao componente Sistema de Informações, a APS apresentou forte presença de tal componente (UAPS-SF – 7,7 e UAPS-Tradicional – 7,8), enquanto que para o estrato Outros Serviços a presença de tal componente foi fraco. Em estudo no município, tal

componente obteve maior escore dentre todos os atributos, escore médio de 8,0, apontando forte presença e extensão do atributo Coordenação - Sistema de Informações na APS. (INOCÊNCIO, 2014). Apesar dos bons resultados, Ferrer (2013), em estudo que utilizou o PCATool, pondera que elementos importantes relacionados ao sistema de informação, como o registro adequado em prontuário e o fluxo de dados sobre o paciente entre profissionais e diferentes serviços, não podem ser julgados adequadamente pela visão do usuário, devendo tal avaliação ser menos valorizada.

No que se refere ao atributo Integralidade, o componente Serviços Disponíveis apresentou escore médio insatisfatório para os três estratos da amostra. Chama atenção tal resultado, em especial nos estratos UAPS, uma vez que o componente identifica se o usuário tem conhecimento dos serviços e orientações disponíveis, muitos destes relacionados à APS. A obtenção desse escore insatisfatório leva-nos a pensar que o usuário não sabe/conhece ou que os serviços não ofertam de maneira contínua determinadas ações. No estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) o escore médio do componente Serviços Disponíveis foi superior na ESF quando comparado a outros serviços, com diferença estatisticamente significativa.

Já para o outro componente do atributo Integralidade, Serviços Prestados, o escore médio só foi satisfatório no estrato UAPS-Tradicional (7,1). Esse componente busca identificar a abordagem do profissional em relação à prevenção de doenças e promoção de saúde da criança. Assim, esperava-se que na UAPS-SF fosse apresentar uma forte presença e extensão de tal componente, visto que tais ações são características fundamentais da SF. Outro aspecto a ser levado em consideração é que na UAPS-Tradicional há a presença do pediatra, o que poderia resultar em uma conduta mais específica para a saúde da criança em relação ao médico de família ou generalista. No estudo de Inocêncio (2014), que trabalhou com crianças de 0 a 5 anos do município de Juiz de Fora, esse componente apresentou escore insatisfatório tanto para UAPS-SF como para UAPS-Tradicional. Já no município de Montes Claros/MG, os Serviços Prestados tiveram escore médio superior a 6,6 tanto nos serviços ESF, como em outros serviços (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

O PCATool permite obter o EEAPS, o que representa o escore médio do conjunto dos atributos essenciais, ou seja, atributos fundamentais quando definida a APS como o primeiro nível de assistência do sistema de saúde, exigindo a presença da longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da assistência no sistema (CHOMATAS et al., 2013; STARFIELD, 2002).

O resultado do EEAPS foi de escore médio satisfatório para o estrato UAPS-Tradicional (6,7) e insatisfatório para o estrato o UAPS-SF (6,5), escores muito próximos do

valor satisfatório ( $\geq 6,6$ ). Já para Outros Serviços (5,6) o resultado foi distante do valor satisfatório. Em relação à APS, foco na assistência à criança, podemos refletir que SF ainda não se destaca com uma forte presença e extensão dos atributos essenciais.

Leão, Caldeira e Oliveira (2011), ao analisarem o EEAPS encontraram resultado satisfatório tanto na SF como em Outros Serviços, indicando que os serviços de saúde referidos pelos cuidadores como fonte regular de atenção à saúde da criança estão fornecendo atenção em consonância com os atributos essenciais da APS.

Pelo instrumento, dois dos atributos considerados derivados por Starfield (2002) são avaliados, a Orientação Familiar e a Orientação Comunitária. Com relação ao atributo Orientação Familiar os escores médios foram satisfatórios nos estratos UAPS-SF e UAPS-Tradicional, diferentemente do estrato Outros Serviços com escore médio insatisfatório. Assim, esse atributo apresentou forte presença e extensão nos serviços de APS. Os resultados satisfatórios apontam para relevância dada, essencialmente na APS, à integração da família no cuidado e ao levantamento do histórico familiar de doenças. No entanto, outros estudos demonstram resultados diferentes, sendo a Orientação Familiar um atributo insatisfatório no cuidado de saúde da criança no âmbito da APS (INOCÊNCIO, 2014; ARAÚJO et al., 2014).

A Orientação Comunitária foi o atributo, que dentre todos, essenciais e derivados, apresentou os piores resultados, sendo o escore médio para APS em torno de 3,5 e para Outros Serviços mais baixo (0,7). Esse atributo pressupõe que as necessidades de saúde se relacionam com o contexto social da criança (STARFIELD, 2002). Os resultados apresentados e os observados por outros estudos, que também pontuaram este atributo como insatisfatório (INOCÊNCIO, 2014; ARAÚJO et al., 2014), sugerem que ainda não é dada a devida relevância a incorporação pelos profissionais do conhecimento da situação social, aspecto que interfere na identificação de necessidades e demandas de saúde dos indivíduos, em especial das crianças, faixa etária mais vulnerável.

O PCATool também propõe que seja calculado o escore médio geral denominado EGAPS, que abrange as características fundamentais da APS (atributos essenciais) e aspectos que também direcionam as ações neste nível de atenção, como a orientação centrada na família e na comunidade (atributos derivados). Os três estratos obtiveram resultados de escores médios insatisfatórios, sendo que para a APS os escores foram mais próximos do valor considerado satisfatório. Os resultados são corroborados pelo estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) que encontram valor de EGAPS na APS (SF) mais próximo do satisfatório que em relação ao outro estrato estudado – Outros Serviços. Em estudo anterior que também avaliou a APS em Juiz de Fora, o escore médio estava bem abaixo do satisfatório (5,4),

caracterizando uma avaliação ruim dos atributos da APS no município, independente da tipologia da UAPS (INOCÊNCIO, 2014). Assim, os resultados do atual estudo indicam uma provável melhora na avaliação da APS, mesmo que os valores encontrados ainda estejam insatisfatórios.

Após regressão logística binária, a avaliação do EGAPS em relação à variável modelo de atenção apontou que o estrato Outros Serviços tem chance menor de avaliar satisfatoriamente o conjunto dos atributos da APS se comparado ao estrato UAPS-SF. Já em relação ao modelo UAPS-Tradicional a chance de avaliar satisfatoriamente é maior em relação a UAPS-SF. A partir de tais achados, reflete-se sobre a conjuntura da APS no município de Juiz de Fora, onde o modelo de SF ainda não encontra-se consolidado, enquanto que o modelo UAPS-Tradicional, mais antigo no sistema e com a presença de pediatras, pode estar contribuindo para uma melhor presença e extensão do conjunto dos atributos da APS.

No presente estudo não foram identificadas correlações entre o EEAPS e o EGAPS com a prevalência das ICSAA, o que pode ser reflexo do processo de transição e consolidação da APS no município, reforçado pela fraca presença e extensão dos atributos APS nos serviços de nível primário de saúde ofertados às crianças internadas por CSAA em Juiz de Fora.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das ICSAA na população infantil de 0 a 9 anos, em Juiz de Fora, no período de 2010 a 2012, permitiu dar continuidade ao monitoramento dessas internações no município podendo ser utilizada como estratégia de aprimoramento do processo de gestão e planejamento da APS. Além disso, a utilização da lista proposta para o Estado de Minas Gerais na presente análise de ICSAA possibilitou o acompanhamento dessas internações, a partir da comparação entre os estudos desenvolvidos anteriormente no município, e evitou resultados que não refletissem a realidade, visto que as listas buscavam abranger as especificidades da localidade.

Verificou-se um incremento no número dessas internações para o período estudado. Portanto, as ICSAA, enquanto eventos sentinelas, apontam que o município apresenta problemas com a efetividade da atenção prestada no nível primário de atenção. No entanto, esse indicador por si só não capta outros fatores que podem estar influenciando tais resultados, como aspectos relacionados à qualidade da assistência à saúde. Assim, o presente estudo associou uma avaliação da qualidade ao mensurar a presença e extensão dos atributos da APS, por meio do PCATool, buscando identificar fragilidades e potencialidades deste nível de atenção em Juiz de Fora.

Os resultados encontrados apontam fraca presença e extensão para a maioria dos atributos da APS e não mostram aspectos diferenciais na avaliação do modelo de SF na qualidade da APS. Pondera que tais questões podem refletir o compromisso de implantação e a relevância dada a APS e a SF no município, que apresenta equipes de SF incompletas, UAPS com infraestrutura precária e necessidade de ampliar a cobertura da APS. Acredita-se que valorizar a APS consolidando a SF é o caminho a ser seguido para a mudança da situação atual e estruturação de assistência à saúde da criança no município.

Destaca-se o surgimento de outros serviços, além do nível primário, como serviço de referência para cuidadores na assistência à saúde da criança. Assim, observa-se que esses serviços têm assumido o papel na atenção à criança que seria de responsabilidade da APS e aponta uma dificuldade da APS se efetivar como porta de entrada preferencial do sistema.

Reitera-se, portanto, a necessidade de estabelecer e definir de fato a SF como o modelo de atenção e estratégia de orientação do nível primário, visto que neste cenário de convívio de modelos diversos dificulta a concretização dos atributos da APS e a legitimação



desse nível de atenção centro ordenador da rede e coordenador do cuidado, com ênfase na saúde da criança.

Não foram encontradas correlações entre a prevalência de ICSAA e a qualidade da APS, independente do serviço referenciado pelo cuidador. Tal achado pode ser justificado em outros fatores relacionados como a cultura de internação e piores condições sanitárias e econômicas da região, por exemplo. Assim, julga-se relevante agregar tais dados a fim contemplar questões que deem conta da heterogeneidade da APS.

Faz-se necessário ainda assinalar limitações da pesquisa, dentre estas os problemas na confiabilidade de dados do SIH-SUS utilizados, uma vez que, a qualidade dos registros da AIH pode ser questionável. No entanto, pondera-se que tal limite é comum a todas as análises realizadas a partir de dados secundários.

O presente estudo pretende fornecer os resultados da pesquisa para Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora para que esses possam atuar como subsídios para gestores de saúde do sistema de saúde local ao direcionarem o olhar para APS, com ênfase em seus atributos, buscando melhor operacionalizar e potencializar a capacidade resolutiva desse nível de atenção e gerando melhorias da qualidade da atenção prestada aos usuários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M.E; BONOLO, P.F; DOURADO, I; LIMA-COSTA, M.F; MACINKO, J; MENDOÇA, C.S; OLIVEIRA, V.B; SAMPAIO, L.F.R; SIMONI, C; TURCI, M.A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.4, p. 431-438, 2007.

ARAÚJO, J.P; VIEIRA, C.S; TOSO, B.R.G.O; COLLET, N; NASSAR, P.O. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-6, 2014.

AROUCA, S. Reforma Sanitária. Disponível em:  
<<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 20 jul 2013

BILLINGS, J; ZEITEL, L. LUKOMNIK, J; CAREY, T.S; BLANK, A.E; NEWMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff**, Millwood, v. 12, p. 162-73, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Área de Saúde da Criança. **O Brasil e a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família: documento técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008a**. Publica, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=7741](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7741)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção à Saúde**. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <http://www.brasilfus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>. Acesso em: 10 abr 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 out 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 134 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm>>. Acesso em: 05 nov 2012d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação de desempenho do sistema de saúde**. Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária. Disponível em: <[http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res\\_reg](http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res_reg)>. Acesso em: 30 out 2014a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de saúde. Rede Assistencial. 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 01 jun 2014b.

CALDEIRA, A.P; FERNANDES, V. B. L; FONSECA, W. P; FARIA, A. A. Internações pediátricas por condições sensíveis a atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011.

CAMINAL, H.J; MATUTANO, C.C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atencion Primaria**. v. 3, n. 1, p. 61-5, 2003.

CAMINAL, H.J; STARFIELD, B; SÁNCHEZ, R.E; HERMOSILLA, P.E; MARTÍN, M.M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. **Rev Clin Esp**. v. 201, n. 9, p. 501-7, 2001.

CARDOSO, C.S; PÁDUA, C.M; RODRIGUES-JÚNIOR, A.A; GUIMARÃES, D.A; CARVALHO, S.F; VALENTIN, R.F; ABRANTES, R; OLIVEIRA, C.L. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CARVALHO, J. A. M; RODRIGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 597-605, 2008.

CASANOVA, C; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **International Journal of Health Services**, v. 25, n. 2, p.283-294, 1995.

CHOMATAS, E; VIGO, A; MARTY, I; HAUSER, L; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n.29, p. 294-303, 2013.

CICONI, R. C. V; VENANCIO, S. I; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 193-204, 2004.

COELI, C. M. et al. **Uso Integrado da Bases de Dados na Avaliação em Saúde**. Relatório Final Pesquisa Edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005 - Projeto Número: 402031/2005-9, 2008.

COELI, C. M. et al. Sistemas de Informação em Saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 525-530.

COUTINHO, T. **Evolução da Adequação da Assistência Pré-Natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG: análise do processo**. 2006. 249 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

CUNHA, C.R.H. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional**. 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

CUNHA, E.M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, n. 3, pt. 2, p. 166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

FERNANDES, V. B. L; CALDEIRA, A. P; FARIA, A. A; RODRIGUES NETO, J. F. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-36, 2009.

FERREIRA, J.B. B; BORGES, M. J.G; SANTOS, L.L; FOSTER, A.C. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.45-56, 2014.

FERRER, A.P.S. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo**. 2013. 213f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

FIGUEIREDO, A. M; KUCHENBECKER, R.S; HARZHEIM, E; et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p.41-48, 2013.

HARZHEIM, E; STARFIELD, B; RAJMIL, L; ÁLVAREZ-DARDET, C; STEIN, A.T. 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**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Juiz de Fora (MG) em 2010**. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=313670](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=313670)>. Acesso em: 10 out 2013.

INOCÊNCIO, P.R. **Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde, sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais**. 2014. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Municipal de Saúde de. **Plano Municipal de Saúde: gestão 2014-2017**. Juiz de Fora: PJF, 2014. p. 110.

KOVACS, M. H; FELICIANO, K.V.O; SARINHO, S.W; VERAS, A.A.C.A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.3, p. 251-258, 2005.

LEAO, C.D.A; CALDEIRA, A.P; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011.

MARQUES, A.S; FREITAS, D.A; LEÃO, C.D.A; OLIVEIRA, S.K.M; PEREIRA, M.M; CALDEIRA, A. P. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 365-371, 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **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, 2012.512 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SES/MG nº1 093**, de 29 dez 2006.

MORENO, A.B; CAETANO, R.; COELI, C. M.; RIBEIRO, L.C; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T; CAMARGO JUNIOR, K. R; CAMPOS, E. M. S. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva (UFRJ)**, Rio de Janeiro, v.XVII, p. 409-416, 2009.

MOURA, B.LA; CUNHA, R.C; AQUINO, R; MEDINA, M.G; MOTA, E.L.A; MACINKO, J; DOURADO, I. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. S83-S91, 2010.

NASCIMENTO-CARVALHO, C.M; SOUSA-MARQUES, H.H. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.15, n. 6, p. 380-387, 2004.

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

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

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, series paper, p.11-31, 2011.

PAIVA, M.A.S; REIS, F.J.C; FISHER, G.B; ROVOZ, T. Pneumonias na criança. **Jornal de Pneumologia**, v. 24, n. 2, p. 101-108, 1998.

PEREIRA, F.J.R; SILVA, C.C; LIMA NETO, E.A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 331-342, 2014.

REHEM, T.C.M.S.B., OLIVEIRA, M.R.F., CIOSAK, S.I. EGRY, E.Y. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.5, 2013.

ROCHA, L; GERHARDT, T. E; SANTOS, D. L. A heterogeneidade social e a nutrição infantil no meio rural. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, número especial 15, 2007.

RODRIGUES-BASTOS, CAMPOS, E.M.S, RIBEIRO, L.C; FIRMINO, R.U.R; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.59, n. 2, p. 120-127, 2013.

SCHRAMM, J. M. A; OLIVEIRA, A. F; LEITE, I. C; VALENTE, J. G; GADELHA, A. M. J; PORTELA, M. C; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE/ JUIZ DE FORA. Regionalização da Rede Assistencial de Saúde de Juiz de Fora, 2012.

SOUSA, M. F; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1325-1335, 2009.

SILVA, E.S. **Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde no hospital regional da Ceilândia – DF** 2013. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Faculdade de Enfermagem de Ceilândia da Universidade de Brasília. Brasília, 2013.



STARFIELD, B. Primary care and health: a cross-national comparison. **JAMA**, Chicago, v. 266, n. 16, p. 2268-2271, 1991.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726p

STARFIELD, B; SHI, L; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank quarterly**, New York, v.83, n.3, p.457-502, 2005.

TEIXEIRA, M. T. B. et al. **Internações hospitalares em população infantil vinculada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil: uma análise considerando as causas sensíveis à atenção ambulatorial**. Relatório Final Pesquisa Edital FAPEMIG nº 005/2006 – Programa Pesquisa para o SUS, 2010.

VIDAL, S.A; SILVA, E.V; OLIVEIRA, M.G; SIQUEIRA, A.M; FELISBERTO, E. SAMICO, I; CAVALCANTE, M.G.S. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 205-213, 2003.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.1, n. 3, p.17-25, 1991.

WERNECK, G. L; HASSELMANN, M. H; GOUVEA, T. G. Panorama dos estudos sobre nutrição e doenças negligenciadas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 39-62, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: OMS, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008**: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva, 2008.

**APÊNDICE A**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF**  
***36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL***

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Avaliação da Atenção Primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a efetividade e a qualidade dos serviços de Atenção Primária na assistência à criança na população infantil de 0 a 9 anos no município de Juiz de Fora/MG para o período de 2010 a 2012. O motivo que nos leva a estudar é o fato da avaliação dos serviços e ações prestadas poderá subsidiar os gestores em saúde na tomada de decisão, contribuindo para o fortalecimento e aprimoramento da atenção primária em sistemas locais de saúde.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: análise dos bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e aplicação de questionário (PCATool-versão criança) a para avaliação da qualidade, nossa pesquisa apresenta risco mínimo.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr.(a.) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no NATES/UFJF e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador

responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Avaliação da Atenção Primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Pesquisador Responsável:**

Endereço: Rua Paracatu nº. 1519 - Apartamento: 301 – Juiz de Fora – MG

CEP: 36.047-040 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 32235114/ (32)88753558

E-mail: marcelamelk2007@hotmail.com

## APÊNDICE B

### PROTOCOLO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS PARA CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO:

#### A) CUIDADOR

1. Qual é o seu grau de parentesco com a criança?

Pai  Mãe  Madrasta  Padrasto  Tio/a

Avô/ó  Irmão/ã  Guardião legal  Amigo

Outro, especificar: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

Masculino  Feminino

3. Qual é a sua idade e sua data de nascimento?

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Qual é o maior grau de escolaridade que você concluiu?

sem grau de instrução  1.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental

2.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental  3.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental

4.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental  5.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental

6.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental  7.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental

8.<sup>a</sup> série do Ensino Fundamental  1<sup>o</sup> ano do Ensino Médio

2<sup>o</sup> ano do Ensino Médio  3<sup>o</sup> ano do Ensino Médio

3.<sup>o</sup> Grau (Graduação) Incompleto  3.<sup>o</sup> Grau (Graduação) Completo

Pós-Graduação  Mestrado  Doutorado

5. Qual é a sua situação conjugal?

com companheiro  sem companheiro

6. Cor ou raça:

Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena

#### B) CRIANÇA

1. Qual é a idade e a data de nascimento da criança?

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Sexo:

Masculino  Feminino

3. Cor ou raça:

Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena

## APÊNDICE C

Grupo lista MS	CID 10	Doenças	Ausente na lista SES/MG
Doenças imunizáveis	A33	Tetano do recém nascido	
	A34	tetano obsterico	
	A35	outros tipos de tetano	
	A36	Difteria	
	A37	Coqueluche	
	A95	Febre amarela	x
	B16	Hepatite B	x
	B05	Sarampo	
	B06	Rubeola	x
	B26	Caxumba	x
	G00.0	Meningite por <i>Haemophilus</i>	
	A17.0	Meningite tuberculosa	
	A19	Tuberculose miliar	
	Condições evitáveis	A15	Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica
A16		Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica ou histológica	
A18		Tuberculose de outros órgãos	
A17.1		Tuberculoma meníngeo	
A17.8		Outras tuberculoses do sistema nervoso	
A17.9		Tuberculose não especificada do sistema nervoso	
I00		Febre reumática sem menção de comprometimento do coração	
I01		Febre reumática com comprometimento do coração	
I02	Coréia reumática		
A51	Sífilis precoce		

	A52	Sífilis tardia	
	A53	Outras formas e as não especificadas da sífilis	
	B50	Malária por Plasmodium falciparum	x
	B51	Malária por Plasmodium vivax	x
	B52	Malária por Plasmodium malariae	x
	B53	Outras formas de malária confirmadas por exames parasitológicos	x
	B54	Malária não especificada	x
	B77	Ascariíase	x
Gastroenterites infecciosas e complicações	E86	Depleção de volume	
	A00	Cólera	
	A01	Febre tifóide e paratifóide	
	A02	Outras infecções por Salmonella	
	A03	Shigelose	
	A04	Outras infecções intestinais bacterianas	
	A05	Outras intoxicações alimentares bacterianas, não classificadas em outra parte	
	A06	Amebíase	
	A07	Outras doenças intestinais por protozoários	
	A08	Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas	
	A09	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	
Anemia	D50	Anemia por deficiência de ferro	
Deficiências nutricionais	E40	Kwashiokor	
	E41	Marasmo nutricional	
	E42	Kwashiokor marasmático	
	E43	Desnutrição protéico-energetica grave NE	
	E44	Desnutrição protéico-energetica moderado leve	
	E45	Atraso desenvolvimento devido à desn proteico calorica	
	E46	Desnutrição proteico calorica NE	
	E50	Deficiencia de vitamina A	

	E51	Deficiencia de Tiamina	
	E52	Deficiencia de niacina (pelagra)	
	E53	Deficiencia de outras vitaminas do grupo B	
	E54	Deficiencia de acido ascorbico	
	E55	Deficencia de vitamina D	
	E56	Outras deficiências vitamínicas	x
	E58	Deficiência de cálcio da dieta	x
	E59	Deficiência de selênio da dieta	x
	E60	Deficiência de zinco da dieta	x
	E61	Deficiência de outros elementos nutrientes	x
	E63	Outras deficiências nutricionais	x
	E64	Sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais	x
Infecções de ouvido	H66	Otite média supurativa e as não especificadas	
	J00	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	
	J01	Sinusite aguda	
	J02	Faringite aguda	
	J03	Amigdalite aguda	
	J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas	
	J31	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	
Pneumonias bacterianas	J13	Pneumonia pneumocócica	
	J14	Pneumonia por Haemophilus Infueza	
	J15.3	Pneumonia por Stretococus	
	J15.4	Pneumonia por Stretococus	
	J15.8	Outras pneumonias bacterianas	x
	J15.9	Pneumonia bacteriana não especificada	
	J18.1	Pneumonia lobar não especificada	
Asma	J45	Asma	
	J46	Estado de mal asmático	

Doenças das Vias aéreas inferiores	J20	Bronquite aguda	
	J21	Bronquiolite aguda	
	J40	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	
	J41	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	
	J42	Bronquite crônica não especificada	
	J43	Enfisema	
	J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	
	J47	Bronquectasia	
Hipertensão	I10	Hipertensão essencial (primária)	
	I11	Doença cardíaca hipertensiva	
Angina pectoris	I20	Angina pectoris	
Insuficiência cardíaca	I50	Insuficiência cardíaca	
	J81	Edema pulmonar, não especificado de outra forma	
Doenças cerebro-vasculares	I63	Infarto cerebral	x
	I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	x
	I65	Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral	x
	I66	Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral	x
	I67	Outras doenças cerebrovasculares	x
	G45	Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas	x
	G46	Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares (I60-I67†)	x
Diabetes mellitus	E10	Diabetes mellitus insulino-dependente	
	E11	Diabetes mellitus não-insulino-dependente	
	E12	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição	
	E13	Outros tipos especificados de diabetes mellitus	
	E14	Diabetes mellitus não especificado	
Epilepsias	G40	Epilepsia	
	G41	Estado de mal epiléptico	
Infecção no rim e trato urinário	N10	Nefrite túbulo-intersticial aguda	
	N11	Nefrite túbulo-intersticial crônica	



	N12	Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica	
	N30	Cistite	x
	N34	Uretrite e síndrome uretral	x
	N39.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada	
Infecção de pele e tecido subcutâneo	A46	Erisipela	x
	L01	Impetigo	
	L02	Abcesso cutâneo, furúnculo e antraz	
	L03	Celulite (flegmão)	
	L04	Linfadenite aguda	
	L08	Outras infecções localizadas na pele e do tecido subcutâneo	
Doença inflamatória de órgão pélvicos femininos	N70	Salpingite e ooforite	
	N71	Doença inflamatória do útero, exceto o colo	
	N72	Doença inflamatória do colo do útero	
	N73	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	
	N75	Doenças da glândula de Bartholin	
	N76	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	
Úlcera gastrointestinal	K25	Úlcera gástrica	x
	K26	Úlcera duodenal	x
	K27	Úlcera péptica de localização não especificada	x
	K28	Úlcera gastrojejunal	x
	K92.0	Hematêmese	x
	K92.1	Melena	x
	K92.2	Hemorragia gastrointestinal, sem outra especificação	x
Doenças relacionadas ao pre natal e parto	O23	Infecções do trato geniturinário na gravidez	x
	A50	Sífilis congênita	
	P35.0	Síndrome da rubéola congênita	x

Grupo SES/MG	CID	Doença	Ausente na lista do MS
Hipoglicemia	E16.1 E16.2	Outra hipoglicemia Hipoglicemia não especificada	x
Gastroenterites não infecciosas	K50 K51 K52	Doença de Cronh Colite ulcerativa Outras gastroenterites e colites não infecciosas	x
Convulsões	R56	Convulsões, não classificadas em outra parte	x
Hipertensão na gravidez/Eclâmpsia	O10.0 O11	Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério; Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta	x
Infecção no rim e trato urinário	N15.9	Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica	x
Pneumonia, broncopneumonia por microorganismo não especificado	J18.0 J18.2 J18.8 J18.9	Broncopneumonia não especificada Pneumonia hipostática não especificada Outras pneumonias devidas a microorganismos não especificados Pneumonia não especificada	
Saúde Mental	F10 F11 F12 F13 F14 F15  F16 F17 F18 F19  F20 F21 F22 F23 F24	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Canabinóides Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Sedativos e Hipnóticos Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso da Cocaína Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Outros Estimulantes, Inclusive a Cafeína  Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Alucinógenos Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Fumo Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Solventes Voláteis Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas  Esquizofrenia Transtorno Esquizotípico Transtornos Delirantes Persistentes Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios Transtorno Delirante Induzido	x

F25	Transtornos Esquizoafetivos	
F28	Outros Transtornos Psicóticos Não-orgânicos	
F29	Psicose Não-orgânica Não Especificada	
F30	Episódio Maníaco	
F31	Transtorno Afetivo Bipolar	
F32	Episódios Depressivos	
F33	Transtorno Depressivo Recorrente	
F34	Transtornos de Humor (afetivos) Persistentes	
F38	Outros Transtornos do Humor (afetivos)	
F39	Transtorno do Humor (afetivo) Não Especificado	
F40	Transtornos Fóbico-ansiosos	

## ANEXO A

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

## A - GRAU DE AFILIAÇÃO

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

- Não  
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

- Não  
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima  
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

- Não  
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima  
 Sim, o mesmo que A1 somente  
 Sim, o mesmo que A2 somente  
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5 - \_\_\_\_\_

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO**

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança**

**C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE**

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Criança**

**D - LONGITUDINALIDADE**

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

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

## Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Criança**

**E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança**

**G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

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

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

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

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança**

**H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

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

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

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
I1 - Você acha que o (a) "médico/ enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais im- portantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I4 - O "médico/enfermeiro" sa- beria de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I5 - O seu/ sua "médico/enfer- meiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o trata- mento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I6 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolis- mo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Criança**

**J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
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 pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4 - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## ANEXO B

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DE JUIZ DE FORA  
2012- SMS/PJF

	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional
Região Administrativa Norte (1)	7	Fábrica					
		Esplanada	1		Tradicional	7.586	
		São Dimas					
		Monte Castelo	1	3	Monte Castelo Carlos Chagas Jardim Cachoeira	3.029 3.036 2.710	
		Carlos Chagas					
		Jardim Cachoeira					
		Loteamento Parque das Águas					2.166
		Cerâmica					
		São João					
		Industrial	1		Tradicional	6.711	
		Francisco Bernardino (parte)					
		Jardim Natal	1	2	Jardim Natal Francisco Bernardino	3.382 3.357	
		Milho Branco	1	3	Milho Branco Amazônia Alto Milho Branco	2.646 2.982 2.761	

Região Administrativa  
Norte (1)

	Alto Milho Branco					
	Amazônia					
	Jóquei Clube I	1	2	Vila Bejani Barbosa Lage	3.495 4.268	
	Barbosa Lage					
	Santa Maria					
	Santa Amélia					
	Parque das Torres					
	Dom Pedro I /Jóquei Club II	1	2	Parque das Torres Santa Amélia Belo Vale I Belo Vale II	2.627 3.127 822 690	
	Jóquei Clube III					
	Cidade do Sol	1	2	Cidade do Sol	2.654	
				Santa Maria	2.496	
8	Remonta					
	Represa e Adjacências					
	Nova Era II	1	3	Nova Era II Jardim Santa Isabel Jardim dos Alfineiros	2.692 3.042 2.513	
	Nova Era I (Parte)					
	Jardim Santa Isabel					
	Jardim dos Alfineiros					



Região Administrativa  
Norte (1)

São Judas Tadeu	1	2	Alto São Judas Tadeu São Francisco de Paula	2.980 3.261	
Loteamento São Francisco de Paula					
Loteamento Verbo Divino					
Santa Cruz	1	4	Vila Mello Reis Vila Paraíso Simeão de Faria Santa Cruz	2.560 2.531 2.920 2.722	
Loteamento Santa Clara					
Loteamento São Damião II					
Loteamento São Damião I					
Vila Paraíso					
Vila Melo Reis					
Vila Esperança I	1	3	Vila Esperança I Vila Esperança II Nova Benfica	2.965 2.579 3.006	
Vila Esperança II					
Nova Benfica					
Benfica			Tradicional	11.732	Norte
Bairro Araújo					
Ponte Preta					
Residencial Miguel Marinho				1.204	
Santa Lúcia				2.400	
Nova Era I (Parte)				600	
Francisco Bernardino (parte)				601	
Encosta do Sol				2.800	

Fontesville I				692	
Fontesville II				449	
Fazendinhas Pedra Bonita				392	
Residencial Bela Vista				721	
Cond. Residencial Monte Verde				730	
Vivendas das Fontes				69	
Condomínio Santa Felicidade				597	
Barreira do Triunfo	1	1	Aldeia	3.552	
Vila São Cristovão					
Aldeia					
Náutico					
Recanto do Sol					
Pedra Branca					
Novo Triunfo					
Campo Grande					
Contendas					

OBS: \* Hospital Militar - Fábrica. As cores representam a área de abrangência da cada UAPS.

Na coluna N.º de equipes/ESF foi assinalado somente as UAPS que trabalham com o ESF.

	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional
Região Administrativa Nordeste (2)	5	Centenário (Parte)				1.610	
		Centenário (Parte)					
		Santa Terezinha					
		Nossa Senhora das Graças	1		Tradicional	19.820	
		Eldorado					
		Alto Eldorado					
		Vista Alegre					
		Tupi					
		Quintas da Avenida					
		Bom Clima				8.339	
		Vale dos Bandeirantes	1	3	Vale dos Bandeirantes Tapera Serra Pelada	3.288 2.945 2.790	
		Vivendas da Serra				1.934	
	6	Parque Guarani	1	1	Parque Guarani	3.186	
		Granjas Betânia	1	1	Granjas Betânia	3.561	
		Recanto dos Lagos					
		Muçungê da Grama	1		Tradicional	8.790	
		Vila Montanhosa					
		Parque Independência					
		Vila São José					
	Nova Suíça						

	Água São Luís					
	Vila dos Sonhos					
	Granjas Triunfo					
	Filgueiras	1	2	Filgueiras Vale Sonhos	2500 2644	

\* Hospital Dr. João Penido-FHEMIG - Grama/Hospital Ana Nery - Filgueiras

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência da cada UAPS.

Na coluna N.º de equipes/ESF foi assinalado somente as UAPS que trabalham com o ESF.

Região Administrativa Leste (3)	3	Composição da Região	UAPS	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	
		Botanágua/ Cesário Alvim					3.167	
		Santos Anjos					5.128	
		Vitorino Braga						
		Loteamento Jardim das Flores						
		Bom Jardim						
		Linhares	1	5	Linhares Bom Jardim Peões Bom Jardim II Yung	2.698 2.681 2.679 2.578 2.743		
		Peões						
		Fazenda Yung						
		Bosque dos Pinheiros						
		Jardim do Sol						
		São Bernardo						
		São Sebastião	1	3	São Bernardo Santa Cândida São Sebastião	2.461 3.064 2.654		
Santa Cândida								

<b>Região Administrativa Leste (3)</b>		São Benedito	1	3	ABC Vila Alpina Bonsucesso	2.530 3.429 2.952		
		Vila Alpina						
	<b>4</b>		Manoel Honório				8.334	
			Ladeira					
			Bairú				5.736	
			Santa Rita	1	2	Santa Rita I Santa Rita II	2.374 2.439	
			Marumbi / V.R. Abreu	1	3	Margem da Leopoldina Bonfim Marumbi	2.739 3.307 2.981	
			Margem da Leopoldina					
			Bonfim					
			Progresso/Borborema	1	3	Progresso I Santa Paula Progresso II	2.374 3.334 3.539	
			Santa Paula					
			Nossa Senhora Aparecida	1	2	Nª Sra Aparecida São Tarcísio	3.233 3.190	
			São Tarcísio					
			Grajaú/Alto Grajaú	1	2	Grajaú Alto Três Moinhos	3.633 3.740	
	Três Moinhos							

\* Hospital Dr. João Felício - Vitorino Braga

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência da cada UAPS.

	<b>Região Sanitária</b>	<b>Composição da Região</b>	<b>UAPS</b>	<b>Nº de Equipes/ESF</b>	<b>Nome da Equipe/ESF</b>	<b>Pop.</b>	<b>Unidade Regional</b>
<b>Região Administrativa Centro (4)</b>	<b>10</b>	Democrata				3.049	
		Vale do Ipê				2.123	
		Mariano Procópio				3.113	
		Santa Catarina				2.307	
		Morro da Glória				3.519	
		Jardim Glória				4.095	
		Santa Helena				7.343	
		Paineiras (parte)				2.060	
		Centro (parte)				27.354	
		Paineiras (parte)					
		Centro (parte) Sul	1		Tradicional	37.666	
		São Mateus (parte)					
		Alto dos Passos					
		Bom Pastor/Guaruá					
		Boa Vista/ Cidade Jardim					
		Grambery					
		Dom Bosco	1		Tradicional	13.560	

	Santa Cecília	1	3	Santa Cecília	3.404	
				Mundo Novo	2.733	
				São Mateus	3.185	
				Mundo Novo	2.733	
				São Mateus	3.185	
	São Mateus (parte)					
	Mundo Novo					

\* Hospital Universitário Santa Catarina - Santa Casa de Misericórdia – Centro - Hospital HTO - Centrocor - Casa de Saúde - Centro Hospital Monte Sinai - Dom Bosco - HPS - Hospital Pronto Socorro Dr.º Mozart Teixeira - Centro

**Unidades Assistenciais de Referência:** Clínicas Especializadas, Criança e Adolescente, Mulher, Saúde do Trabalhador, Terceira Idade, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Zoonoses .

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência da cada UAPS.

Na coluna N.º de equipes/ESF foi assinalado somente as UAPS que trabalham com o ESF.



	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional
Região Administrativa Oeste (5)	9	Aeroporto					
		Jardim Marajoara (Parte Baixa)					
		Santos Dumont	1	1	PACS Santos Dumont	Pop: 13.056 SIAB: 1.975	
		Novo Horizonte					
		Nova Califórnia					
		Residencial Paraíso				840	
		Parque Jardim da Serra					
		São Clemente					
		Marilândia					
		Spinaville					
		Vinã Del Mar					
		Chácaras Passos Del Rey					
		Bosque Imperial					
		Parque Imperial					
		Granville					
		Serro Azul					
		Chalés do Imperador					
		Chalés do Algarve					
		Jardim Casablanca					
		Nossa Senhora de Fátima					
Adolfo Vireque							

São Lucas					
Itatiaia					
Portal da Torre					
São Pedro	1	1	PACS São Pedro	Pop: 21.253 SIAB: 3.374	
Santana					
Tupã					
Jardim Universitária/Martelos					
Jardim das Azaléias					
Parque São Pedro					
Vila São Jorge					
Caiçaras I					
Caiçaras II					
Loteamento Nova Vida					
Colinas do Imperador					
Bosque do Imperador					
Jardim Marajoara (Parte Alta)					
Cruzeiro do Santo Antônio					
Recanto dos Brugger					
Loteamento Nova Germânia				1.152	
Borboleta	1			8.546	
Parque Flamboyants					
Loteamento Morada do Serro					
Residencial Pinheiros					
Loteamento Alto dos Pinheiros					

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência da cada UAPS.

Na coluna N.º de equipes/ESF foi assinalado somente as UAPS que trabalham com o ESF.

Região Administrativa Sul (6)

Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional
11	Graminha					
	Parque Samambaia					
	Parque das Bromélias					
	Cruzeiro do Sul	1			6.565	
	Santa Luzia	1	4		3.924 3.520 3.271 3.992	
	Jardim América					
	Vila São José					
	Jardim de Alá					
	Vila São Francisco					
	Santa Efigênia	1	2	Santa Efigênia Jardim Gaúcho	4.419 4.028	
	Jardim Gaúcho					
	Jardim Umuarama					
	Vale Verde					

	Sagrado Coração de Jesus	1	3	Vale Verde Cidade Nova Sagrado Coração de Jesus	2.511 1.324 3.537 .	
	Residencial das Araucárias					
	Cidade Nova					
	Ipiranguinha					
	Ipiranga	1			14.549	
	Arco-Íris I					
	Arco-Íris II					
	Previdenciários					
	São Geraldo					
	Condomínio Vivendas Belo Vale				484	
	Bela Aurora (Parte)					
	Bela Aurora (Parte)					
	Teixeiras	1	3	Bela Aurora Teixeiras Cascatinha	3.166 3.860 3.644	
	Salvaterra					
	Cascatinha					
	Jardim Liú					
	Jardim Laranjeiras					
	Jardim Laranjeiras					

\* Hospital São Camilo de Lelis - Santa Luzia

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência da cada UAPS. Na coluna N.º de equipes/ESF foi assinalado somente as UAPS que trabalham com o ESF.

Região Administrativa Sudeste (7)	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	
	1		Retiro	1	2	Santo Antônio Granjas Bethel	2.762 2.764	
Granjas Bethel								
Usina Quatro								
Usina Dois								
Jardim Esperança			1	2	Jardim Esperança Floresta	2.709 2.524		
Floresta								
Terras Altas							164	
2		Santo Antônio	1	3	Vila da Prata Arraial Alto Santo Antônio	3.045 3.337 2.868		
		Jardim Serra Verde						
		Cantinho do Céu						
		Vila da Prata						
		Tiguera						
		Bairro de Lourdes	1				9.368	
		JK (parte)						
		Jardim da Lua	1	1	Parque Burnier	3.572		
		Parque Burnier						
		JK (parte)						
		Aracy						
		Costa Carvalho					8.202	Leste

12	Vila Ideal					
	Solidariedade					
	Vila Olavo Costa	1	3	Solidariedade Vila Ideal Horto	2.955 3.117 3.108	
	Furtado de Menezes	1	2	Vila Furtado de Menezes Vila Ozanan	3.249 3.394	
	Vila Ozanan					
	Poço Rico				4.660	
	Santa Tereza					
	Tupinambás					

\* Hospital Albert Sabin - Santa Tereza

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UAPS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência da cada UAPS.

Na coluna N.º de equipes/ESF foi assinalado somente as UAPS que trabalham com o ESF.

	Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional
<b>Região Administrativa do Campo (8)</b>	<b>Área Rural</b>	Paula Lima	1		Tradicional	1.536	
		Chapéu D`uvas	1		Tradicional	716	
		Dias Tavares	1		Tradicional	767	
		Igrejinha	1	1	PSF Igrejinha	2.499	
		Humaitá	1	1	PSF Humaitá	2.256	
		Cachoeirinha					
		Penido	1		Tradicional	522	
		Valadares	1		Tradicional	1.052	
		Rosário de Minas	1		Tradicional	865	
		Toledos	1		Tradicional	437	
		Pirapetinga	1		PSF Torreões		
		Torreões	1	1	PSF Torreões	2.444	
		Monte Verde	1		PSF Torreões		
		Sarandira	1		Tradicional	472	
		Caeté	1		Tradicional	726	



			1	1	PSF Jacutinga	1.304	
		Unidade Móvel	Atende as seguintes localidades:		Pires Privilégio Palmital Buiéié Jacutinga		

## ANEXO C

**Cálculo dos Escores – PCATool versão Criança**

Como você observou ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

**1° Passo. Inversão dos Valores**

Os itens C2, C4, C5 e D11 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

**2° Passo.** Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

**Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:**

Itens = A1, A2, A3

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

Algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:  
A1 = A2 = A3 = 0, então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:  
A1 ≠ A2 ≠ A3 ≠ 0, então Grau de Afiliação = 2
- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:  
A1 = A2 ou A1=A3 ou A2=A3 e iguais a SIM, então Grau de Afiliação = 3
- Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço:  
A1 = A2 = A3 = 1, então Grau de Afiliação = 4

**Acesso de Primeiro Contato** – O atributo é formado por 2 componentes.

**Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B):**

Itens = B1, B2 e B3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

**Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C):**

Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6.

Os itens C2, C4 e C5 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão dos valores destes 3 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$$

**Longitudinalidade (D):**

Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10 e D11.

O item D11 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão dos valores de D11, o escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11) / 11$$

**Coordenação** - O atributo é formado por 2 componentes.

**Coordenação - Integração de Cuidados (E):**

Itens = E2, E3, E4, E5 e E6.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. O item E1 não deve entrar no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.

$$\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6) / 5$$

**Coordenação - Sistema de Informações (F):**

Itens = F1, F2 e F3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$$

**Integralidade** - O atributo é formado por 2 componentes.

**Integralidade - Serviços Disponíveis (G):**

Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$$

**Integralidade - Serviços Prestados (H):**

Itens: H1, H2, H3, H4 e H5

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5) / 5$$

**Orientação Familiar (I):**

Itens = I1, I2, I3, I4, I5, I6

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (I1 + I2 + I3 + I4 + I5 + I6) / 6$$

**Orientação Comunitária (J):**

Itens: J1, J2, J3, J4

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4) / 4$$

**Transformação da Escala**

Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo}).$$

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

**Escore Essencial de APS**

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.

Soma dos Componentes dos Atributos / número de componentes

$$(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

**Escore Geral de APS**

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) somado aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.

Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados / número total de componentes.

$$(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes (ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.