



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KÉLLYA RHAWYLLSSA BARROS LUZ

**QUALIDADE DO SERVIÇO DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

TERESINA-PI

2019

KÉLLYA RHAWYLLSSA BARROS LUZ

**QUALIDADE DO SERVIÇO DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da
Rede Nordeste de Formação em Saúde
da Família, Universidade Federal do
Piauí.

Orientadora: Dr^a Luisa Helena de Oliveira
Lima

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

TERESINA-PI

2019

KÉLLYA RHAWYLLSSA BARROS LUZ

**QUALIDADE DO SERVIÇO DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a. Luisa Helena de Oliveira Lima
Presidente/Orientador
Instituição Universidade Federal do Piauí

Prof.^a Dr.^a. Carmen Viana Ramos
Examinador 1
Instituição: Centro Universitário UNINOVAFAPI

Prof.^a Dr.^a. Ana Roberta Vilarouca da Silva
Examinador 2
Instituição Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Fábio Solon Tajra
Suplente

Aprovado em: _____/_____/_____

Teresina-PI

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família, em especial Esposo e Filha, para os quais todo esforço e dedicação foram fontes de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que com sua infinita sabedoria foi um importante guia na minha trajetória antes, durante e sempre nos três anos de dedicação ao Mestrado Profissional em Saúde da Família. Minha gratidão, admiração e respeito.

Aos meus pais, **Iracema Geruza** e **Luiz Vieira**, minha base, minha fortaleza, minha fonte de inspiração e incentivo de todas as horas. Com quem compartilho essa vitória.

A minha irmã, **Kécya Raissa**, melhor amiga, conselheira, exemplo de determinação, dedicação e fortaleza, mostrando-me que sou mais forte do que imagino.

Ao meu ESPOSO, **Wendel Marcos Alves**, amor de minha vida, por acreditar em meus sonhos e sonhar comigo, por incentivar-me a sempre seguir em frente, por sua compreensão, carinho e por entender todas as minhas faltas e ausências.

Ao meu grande tesouro, minha filha **Amanda Stella**, por ser presença em todas as horas desde seleção, aulas, viagens e escrita dessa dissertação.

Aos meus colegas de turma, pelas palavras de força quando poderia fraquejar, pelo incentivo na longa caminhada.

Aos meus colegas de viagens, **Naiany Araújo**, **Risocely Andrade**, **Paulo César**, **Leonilia Portela**, pois esses sabem o quanto foram importantes para chegar até aqui, cada viagem, um obstáculo alcançado.

Aos acadêmicos do curso de Enfermagem da UFPI, **Kaique Warley** e **Ione Lara**, que ajudaram na coleta dos dados do estudo.

A minha orientadora, prof. Dra. **Luisa Helena**, pela paciência, incentivo, inspiração e cooperação.

Aos meus colegas de trabalho, pela minha ausência física nas aulas, pela ajuda nas atividades acadêmicas e por não estar presente em momentos de confraternização.

A todas as pessoas, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho, hoje realidade.

Enfim, a chegada até aqui não foi fácil, mas consegui!

Meu muito obrigada a todos!

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis” (José de Alencar).

LUZ, K. R. B. **Qualidade do Serviço de Puericultura na Atenção Primária em um município do nordeste Brasileiro**. Dissertação – Mestrado Profissional em Saúde da Família. Programa de Pós Graduação da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renasf). Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2019.

RESUMO

A puericultura consiste em um conjunto de regras e noções sobre a arte de cuidar fisiológica e higienicamente das crianças, visando a uma assistência individualizada. O objetivo geral do estudo foi avaliar o serviço de puericultura ofertado na Atenção Primária a Saúde. Estudo de caráter transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Participaram 261 cuidadores das crianças menores de dois anos, os dados foram coletados de fevereiro a junho/2019 nas Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Picos-PI, utilizando-se do Instrumento de Caracterização das Famílias e do Instrumento do PCATool-Brasil, versão criança. Os dados foram tabulados e organizados no Microsoft Excel 2016 e analisados utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*, versão 22. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos e bioéticos obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer nº 3.086.566. A maioria dos entrevistados foram mães (80,1%), na faixa etária de 25 a 59 anos (67,8%), do sexo feminino (91,2%), da raça parda (65,5%), com ensino médio (50,19%), católico (66,28%), do lar (40,6%), casado ou união estável (74,3%), e classe econômica DE, com média de R\$ 768,00 (38,7%). Todos os entrevistados referiram existir um serviço de saúde que geralmente leva o seu filho, 99,6% referem que existe um serviço de saúde que conhece melhor seu filho e que seja mais responsável pelo atendimento da criança. Os atributos: Acesso de Primeiro Contato-Utilização, Coordenação-Integração de Cuidados e Integralidade-Serviços disponíveis pontuaram escores satisfatórios acima de 6,6, enquanto Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade escores insatisfatórios, abaixo de 6,6 e os demais atributos escores insatisfatórios, porém próximos da média. A longitudinalidade foi o atributo que se demonstrou com maior normalidade e na comparação de variáveis socioeconômicas com escore essencial e geral, tem-se como evidência estatística que existe diferença entre os grupos das classes econômicas ($p = 0,008$). As Estratégias de Saúde da Família com escores mais elevados estão localizadas nas comunidades de melhores condições socioeconômicas, melhores condições de habitação, saneamento e educação. Pode-se concluir que os cuidadores das crianças menores de dois anos entendem a Atenção primária a Saúde como porta de entrada do Serviço de Saúde, porém identificam barreiras no acesso. Os cuidadores referem que os profissionais realizam escuta, respondem de forma clara, disponibilizam tempo suficiente, deixando-os à vontade, porém se mantêm distante no que se refere a conhecer as famílias e suas dificuldades, sejam financeiras ou pessoais. Os resultados demonstram que existe a necessidade de melhorar a acessibilidade dos usuários aos serviços e aos profissionais de saúde, bem como aprimorar e aproximar a relação profissional e família.

Palavras-chaves: Puericultura. Atenção Primária à Saúde. Avaliação dos Serviços de Saúde.

LUZ, K. R. B. **Quality of Child Care in Primary Care in a Northeastern Brazilian Municipality.** Dissertation - Professional Master in Family Health. Graduate Program of the Northeast Family Health Training Network (Renasc). Federal University of Piauí. Teresina, 2019.

ABSTRACT

Childcare consists of a set of rules and notions about the art of physiologically and hygienically caring for children, aiming at individualized care. The general objective of the study was to evaluate the childcare service offered in Primary Health Care. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Participants were 261 caregivers of children under two years of age. Data were collected from February to June / 2019 at the Basic Health Units in the city of Picos-PI, using the Family Characterization Instrument and the PCATool-Brazil Instrument. Child version. The data were tabulated and organized in Microsoft Excel 2016 and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences-SPSS, version 22. The research followed all ethical and bioethical precepts according to Resolution No. 466/2012 of the National Health Council, with Opinion No. 3,086,566. Most respondents were mothers (80.1%), aged 25 to 59 years (67.8%), female (91.2%), mixed race (65.5%), with education (50.19%), Catholic (66.28%), housewife (40.6%), married or stable union (74.3%), and economic class DE, with an average of R \$ 768.00 (38.7%). All respondents reported that there is a health service that usually takes their child, 99.6% report that there is a health service that knows your child better and is more responsible for caring for the child. Attributes: First Contact Access-Utilization, Coordination-Care Integration, and Comprehensive-Services Available scored satisfactory scores above 6.6, while First Contact-Accessibility poor scores below 6.6 and the other attributes poor scores. but close to the average Longitudinality was the attribute that was shown to be more normal and in the comparison of socioeconomic variables with essential and general score, there is as statistical evidence that there is a difference between the groups of economic classes ($p = 0.008$). Family Health Strategies with higher scores are located in communities with better socioeconomic conditions, better housing, sanitation and education. It can be concluded that caregivers of children under two years of age understand Primary Health Care as a gateway to the Health Service, but identify barriers to access. Caregivers report that professionals listen, respond clearly, provide sufficient time, leaving them at ease, but remain distant with regard to knowing families and their difficulties, whether financial or personal. The results show that there is a need to improve users' accessibility to services and health professionals, as well as to improve and approximate the professional and family relationship.

Keywords: Childcare. Primary Health Care. Evaluation of Health Services.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01- Caracterização da Ocupação dos cuidadores das crianças menores de dois anos, que se enquadram dentro de Outros. Picos (PI). 2019. N: 261.....	34
Gráfico 02- Caracterização dos Escores médios (Escala de 10) das ESF. Picos (PI). 2019. N: 261.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores das crianças pesquisadas. Picos (PI). 2019. N: 261.....	33
Tabela 02- Caracterização do Grau de Afiliação, respondidos pelos cuidadores das crianças pesquisadas. Picos (PI). 2019. N: 261.....	35
Tabela 03- Avaliação dos atributos pelos cuidadores de crianças menores de dois anos. Picos (PI). 2019. N: 261.....	36
Tabela 04- Valores médios e respectivos desvios padrão dos Escores dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e geral, conferidos pelos cuidadores das crianças menores de dois anos na Avaliação da Estratégia de Saúde da Família. Picos (PI). 2019. N: 261.....	39
Tabela 05- Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e geral, conferidos pelos cuidadores das crianças menores de dois anos na Avaliação da Estratégia de Saúde da Família. Picos (PI). 2019. N: 261.....	40
Tabela 06- Análise Inferencial de comparação de Grupos entres os escores essencial e geral, respondidos por cuidadores das crianças menores de dois anos que comparecem para acompanhamento da puericultura nas unidades básicas de saúde. Picos (PI). 2019. N:261.....	41
Tabela 07- Valores de média, mínimo, máximo, desvio padrão dos Valores de Escores essencial e geral por Unidade Básica de Saúde. Picos (PI). N: 261.....	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS- Atenção Primária a Saúde

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS- Centro de Apoio Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

ESF-Estratégia de Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PCATool-. Primary Care Assessment Tool

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

RENASF- Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de consentimento Livre e esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1 Atenção Primária à Saúde e seus Atributos.....	18
3.2 Avaliação dos Serviços de Saúde.....	21
3.3 Consulta de Puericultura.....	23
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	26
4.1 Tipo de Pesquisa.....	26
4.2 Local e período de realização do estudo.....	26
4.3 População e Amostra.....	26
4.4 Variáveis.....	28
4.4.1 Variáveis Socioeconômicas.....	28
4.4.2 Variáveis relacionadas ao instrumento de avaliação.....	28
4.5 Coleta de Dados.....	31
4.6 Análise dos Dados.....	31
4.7 Aspectos Éticos e Legais.....	33
5 RESULTADOS.....	35
6 DISCUSSÃO.....	46
7 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS.....	64
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	66
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	69
APÊNDICE D- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	72
ANEXOS.....	75
ANEXO A- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	76
ANEXO B-INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	87
ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	90
ANEXO D-ARTIGO CIENTÍFICO DA DISERTAÇÃO.....	94

1 INTRODUÇÃO

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades do ser humano. No entanto, os distúrbios que incidem nessa época, principalmente durante os primeiros anos, são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades. Tecnologias de cuidado e de educação em saúde vêm sendo exploradas a fim de garantir e manter a qualidade de vida dessa população (RIBEIRO *et al.*, 2014). O desenvolvimento infantil é único para cada criança, porém todos sofrem pelas mesmas influências do meio, a cultura, a família, os valores e as crenças (RIBEIRO *et al.*, 2009).

A puericultura é considerada uma importante estratégia de cuidado preventivo, sendo um dos eixos das ações desenvolvidas na atenção à saúde da criança. É capaz de orientar e promover ações de promoção da saúde e de bem-estar infantil, além de permitir a detecção precoce de problemas de saúde e oportunizar seu tratamento em tempo hábil. Esse seguimento prevê um calendário básico de consultas que deve ser cumprido corretamente, promovendo a busca ativa dos faltosos (PICCINI *et al.*, 2007).

A Saúde da Criança é considerada área estratégica para o Ministério da Saúde, buscando sempre a promoção de ações e serviços de seu bem-estar que visem à redução da mortalidade infantil, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável e redução do adoecimento. Para garantir a saúde integral da criança é necessária a postura ativa dos profissionais de saúde, com uma agenda de compromissos a serem cumpridos para a promoção do bem-estar infantil. A vigilância da saúde da criança inclui a puericultura, a imunização, a identificação de violências e abusos, a detecção e monitoramento de doenças crônicas, a promoção da saúde e de hábitos saudáveis. Portanto, é de fundamental importância um programa de puericultura efetivamente implantado e que atue em rede com os profissionais de referência (ASSIS *et al.*, 2011).

A garantia do direito universal à saúde surgiu com a Constituição Federal de 1988, e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, surge à proteção integral da criança, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Inúmeros são os desafios no contexto saúde da criança, contudo fez-se necessário a elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

(Pnaisc) que contemplasse os direitos da criança e do adolescente em todos os seus eixos. A elaboração da Pnaisc foi fruto de amplo e participativo processo de construção coletiva, com início no ano de 2012, liderado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), do Ministério da Saúde. (ALMEIDA, 2013).

A portaria nº 1.130, de 5 agosto de 2015, Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. Tendo como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Priorizada dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a puericultura consiste em um conjunto de regras e noções sobre a arte de cuidar fisiológica e higienicamente das crianças, sendo denominada recentemente, como Pediatria Preventiva, a qual tem como objeto a criança sadia com alvo em um adulto saudável, visando a uma assistência individualizada, cuja prioridade é o bem-estar da criança, em função das condições de vida de sua família e da sociedade na qual está inserida (LIMA *et al.*, 2009).

Para Leite e Bercini (2003), o Programa de Puericultura tem como propósito acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil, observar a cobertura vacinal, estimular o aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias.

O direito da criança à integralidade do cuidado nos coloca diante de desafios a “serem superados pela sociedade como um todo, inclusive pela comunidade científica, que através da pesquisa pode contribuir para uma maior organização entre o direito legal e o direito real” (PRADO, 2005).

No Brasil, a assistência à saúde da criança, bem como a saúde de maneira em geral, tem se baseado nos pilares da promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de agravos. De acordo com Vasconcelos (2012), essas ações são complementadas por atividades de controle das doenças prevalentes na infância e por ações da atenção básica como, por exemplo, incentivo ao aleitamento materno,

orientação alimentar e acompanhamento do estado vacinal, que juntos contribuem para a promoção da qualidade de vida, sendo importante o esforço em conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não.

A qualidade dos serviços de saúde depende da responsabilidade do profissional e da sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolve (BITTENCOURT; HORTALE 2007; VOLPATO *et al.*, 2010). A avaliação dos serviços de saúde vem ganhando centralidade em virtude da necessidade de informação sobre seu funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Essas informações são indispensáveis para tomada de decisões frente aos programas de saúde, tendo em vista atender aos princípios de universalidade do acesso, qualidade da atenção prestada e viabilidade econômica, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde funciona como uma ferramenta fundamental para auxiliar, através de *feedback*, nas decisões dos gestores, no tocante à implementação, ao processo e aos resultados alcançados frente aos programas de saúde (AMORIM *et al.*, 2008). Nos serviços públicos de saúde, a busca pela qualidade se faz necessária devido às profundas desigualdades sociais, às péssimas condições de vida e de saúde da população, à má alocação dos recursos, à ineficiência, aos custos crescentes e à desigualdade nas condições de acesso dos usuários (FADEL, 2009; POLIZER, 2006).

O Ministério da Saúde, a fim de garantir assistência à criança, recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2014).

Segundo Gomes (2013), o cuidado à saúde da criança tem tomado como base as diretrizes das políticas públicas nacionais e internacionais de atenção à saúde da criança, buscando orientar a assistência para que esta seja ofertada de modo integral e resolutivo. A nível nacional, transformações ocorreram ao final da década de 80, no qual a criança foi contemplada com políticas e programas que buscavam ampliar o acesso aos serviços de saúde e assegurar um cuidado abrangente, que englobasse a família e o ambiente onde viviam. Furtado (2015) reforça que nas décadas de 2000 e 2010, documentos oficiais brasileiros buscaram

consolidar a assistência à saúde da criança, o que contribuiu para reforçar a necessidade de acesso, em tempo oportuno, a serviços, ações de saúde e, sobretudo, um cuidado integral.

A Atenção Integral à Saúde da Criança organiza-se em três principais eixos, que compreendem ações que vão da anticoncepção à concepção, à atenção ao parto e ao puerpério, passando pelos cuidados com o recém-nascido (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes da infância e saúde coletiva em instituições de educação infantil). As linhas estratégicas de intervenção da Atenção à Saúde da Criança explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. É, portanto, uma importante contribuição, como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender a integralidade com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas (BRASIL, 2004).

A Atenção Primária à Saúde abrange quatro atributos essenciais: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e três atributos derivados: a orientação comunitária, a orientação familiar e a competência cultural. Entre os atributos essenciais para a APS e, conseqüentemente, para a ESF, destaca-se: a longitudinalidade, que visa o acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

A implantação da Consulta de Puericultura no cenário da pesquisa deu-se há 5 anos em parceria com o Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde, professores e alunos da Universidade Federal do Piauí, Campus Picos. Na época, realizou-se oficina de capacitação da temática e implantação de fichas apropriadas ao Programa, com participação dos enfermeiros das ESF da cidade de Picos-PI, e demais membros da equipe. A intencionalidade em realizar o presente estudo parte da experiência enquanto enfermeira da ESF, e participante na época dessa capacitação, avaliar a adesão de implantação do serviço de puericultura, bem como avaliar a qualidade do serviço de puericultura oferecido às famílias nessa cidade.

Diante do exposto, tem-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a situação do serviço de puericultura na Atenção Primária na cidade de Picos?

A relevância da pesquisa pauta na necessidade de avaliar o serviço de puericultura periodicamente, utilizando para isso a tríade da assistência à saúde, na visão do usuário, dos profissionais e dos gestores. O estudo poderá ter alcance prático imediato com a reflexão dos resultados colhidos pelo pesquisador diante dos participantes, permitindo, em outro momento, o planejamento de estratégias de intervenção nos serviços, apontando contribuições para as ações, cujas perspectivas sejam a integralidade do cuidado.

2 OBJETIVO

2.1 Geral:

Avaliar a Qualidade do Serviço de Puericultura ofertado na Atenção Primária em Saúde.

2.2 Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores das crianças menores de dois anos que comparecem para acompanhamento da puericultura;
- Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos cuidadores das crianças menores de dois anos, acompanhadas na puericultura;
- Comparar as médias dos escores dos atributos da APS, de acordo com o perfil socioeconômico dos cuidadores das crianças menores de dois anos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde e seus Atributos

A I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, trouxe também conquistas importantes para o setor saúde. Desde então, diversos países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba, reorganizaram seus sistemas de saúde, priorizando uma assistência de fácil acesso, integral e continuada a ser desenvolvida junto à comunidade (BRASIL, 2011a).

A APS é o primeiro nível de assistência prestado às populações e constitui parte fundamental nos sistemas de saúde de países de alta e baixa renda (KUANG *et al.*, MEI *et al.*, 2016), tendo em vista que propicia serviços sem restrição de acesso, possui a capacidade de abordar a maioria das necessidades de saúde da população e oferta ações de prevenção de doenças e agravos, promoção em assistência à saúde (KUANG *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018).

De acordo com Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços de saúde, que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção não direcionada para a enfermidade, antes dando atenção para todas as condições, exceto quando muito incomuns ou raras, e coordenando ou integrando a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo a responsável exclusiva por um conjunto de funções, compartilhando características com os outros níveis de atenção, entre as quais a responsabilidade pelo acesso, pela qualidade, pela atenção à prevenção, ao tratamento, à reabilitação e ao trabalho em equipe. Define ainda que APS é o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela presença de quatro atributos essenciais (acesso no primeiro contato com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do sistema) e três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural), princípios que compõem a dimensão total da Atenção Primária.

O primeiro contato pressupõe a acessibilidade e o uso de serviço para cada novo problema de saúde ou novo episódio do mesmo problema, para os quais se

procuram os serviços de saúde. A longitudinalidade, por sua vez, tem como essência a relação que se estabelece ao longo do tempo, e requer a existência de um aporte regular de cuidados pelos profissionais de saúde e seu uso requer um ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade é a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, por meio da oferta de um conjunto de ações e serviços, que pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas. No caso, a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto. A coordenação, o quarto atributo essencial, é indispensável para o sucesso dos demais, implica na continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (BRASIL, 2011b; 2010c).

Para Starfield (2002), os atributos derivados compreendem: orientação familiar, que é o conhecimento dos fatores familiares que interferem no processo saúde-doença-adoecimento pela equipe de saúde, considerando a família como sujeito da atenção; orientação comunitária, entendido como o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade, orientando os serviços para seu benefício e, por último, competência cultural, que significa adaptar os SS às especificidades culturais da comunidade atendida.

Para Donabedian (1988), acessibilidade é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, podendo ser distinta em duas classes: o socio-organizacional e a geográfica. A primeira refere-se aos aspectos estruturais (funcionamento) dos serviços que interferem na relação destes com os usuários, por exemplo, o tempo de espera para o atendimento. São recursos de caráter não espacial que facilitam ou obstaculizam os esforços do cliente para obter atenção. A segunda pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros. Travassos e Castro (2008) definem que os determinantes e desigualdades sociais implicam na acessibilidade a serviços de saúde, revelando uma temática importante da avaliação em saúde, por tratar da disponibilidade e distribuição social destes recursos.

Um cuidado longitudinal compreende também uma assistência integral à saúde a partir dos âmbitos físico, psíquico e social, independentemente da presença

ou ausência de doença. Este deve ser permeado por ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. É fundamental o desenvolvimento destas ações, tendo em vista que as condições de saúde são melhoradas e mantidas, minimizando a exposição a fatores de risco. Lembrando que, dentre os quatro atributos essenciais da APS encontra-se a integralidade, o que justifica a sua associação com a longitudinalidade, que é considerada o atributo mais importante (STARFIELD, 2002; BARATIERI; MARCON, 2011).

A integralidade é definida como um princípio do SUS, considerado as dimensões biológicas, culturais e sociais dos cidadãos, que orientam as políticas e as ações abrangentes às demandas e necessidades da sociedade para o acesso à rede de saúde pública. Na Atenção Básica (AB), a integralidade é constituída no dia-a-dia do trabalho multiprofissional que ocorre entre os usuários dos serviços e a equipe (SILVA; SENA 2008). O cuidado integral em saúde ocorre a partir de combinações de tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 2002).

Os quatro atributos essenciais são de suma importância, porém a coordenação tem a função de reforçar, como também tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A Coordenação se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que, distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com suas expectativas pessoais (OFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; MARTINEZ; NAVARRETE; LORENZO, 2009; WATSON *et al.*, 2004).

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

De acordo com Starfield (1992), a identificação empírica dos atributos da atenção primária à saúde permite, também, verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população. Paralelamente ao aumento de cobertura dos serviços de atenção básica no Brasil,

evidencia-se internacionalmente crescente associação entre melhores desfechos de saúde e a presença dos atributos da atenção primária à saúde. Neste sentido, Starfield *et al.*, (2002) desenvolveram um instrumento, já validado nos Estados Unidos, que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde, em serviços de atenção à saúde infantil, chamado *Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária*.

3.2 Avaliação dos Serviços de Saúde

A avaliação de programas na área da saúde torna-se um elemento fundamental, na medida em que é apontado, de forma sistemática, o que ocorre na implantação de uma intervenção, com os seus aspectos facilitadores e limitadores e os efeitos produzidos na realidade observada, sendo necessário considerar a flexibilidade de análise, uma vez que a implantação e implementação de uma proposta de intervenção é um processo essencialmente dinâmico (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Uma das formas de identificar se os serviços e APS estão orientados segundo seus atributos é por meio do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), disponível na versão criança, adulto e profissional (BRASIL, 2010).

Para definir avaliação, FIGUEIRO *et al.*, (2010) utilizam-se de um amplo conceito expresso por Champagne *et al*, em que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações (FIGUEIRO *et al.*, 2010).

A avaliação da qualidade da longitudinalidade na APS baseia-se em mensurar a capacidade dos usuários de reconhecer sua fonte de atenção primária, sendo que esta deveria ser capaz de identificar sua população assistida. Além disso, os usuários utilizariam essa fonte habitual para todos os problemas, com exceção

daqueles que exigem encaminhamento médico, por seu maior grau de complexidade (STARFIELD, 2002).

De acordo com Shi, Starfield e Jiahong (2001), o PCATool permite, por meio da experiência dos cuidadores das crianças, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços, que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, no planejamento e execução das ações. De outra maneira, a ausência de precisão em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial pode comprometer o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da atenção primária à saúde, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas. Através do PCATool, em sua versão validada para crianças ou para adultos, já foi utilizado em diferentes contextos nos Estados Unidos, possibilitando uma forma consistente de avaliar e investigar a relação entre os atributos da atenção primária à saúde, a utilização dos serviços e os resultados da mesma.

Entre as ações de planejamento e gestão, as avaliações das ações e serviços de saúde vêm ocupando centralidade, sendo considerados cada vez mais os contextos em que ocorrem. Em decorrência disso, surgem variadas estratégias metodológicas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Um conceito importante quando se discute avaliação voltada aos serviços de saúde é a tríade proposta por Avedis Donabedian (1980), um dos primeiros líderes a definir a qualidade do atendimento de saúde, que distingue três dimensões nos serviços da mesma: a estrutura, os processos e os resultados.

A estrutura pode ser entendida como os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica; o processo refere-se às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, inclui o diagnóstico, o tratamento, os aspectos éticos de relação médico profissional, equipe de saúde e paciente, e o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas dos usuários (PAIVA; GOMES 2007).

Para Santos (2008), a avaliação de qualidade é um processo dinâmico que pressupõe uma dialética entre serviço e usuário. No processo avaliativo deve-se levar em consideração que nenhum serviço existe desvinculado do seu meio social, econômico e cultural, sendo este contexto responsável pela modelagem do serviço, daqueles que o planejam e executam e, também, daqueles que o utilizam. Desta

forma, o produto dos serviços de saúde é determinado por uma interação entre o meio e os diferentes atores sociais envolvidos no processo, como gestores, profissionais e usuários.

Segundo Fracolli *et al.*, (2014) e Ibañez *et al.*, (2006), devido à escassez de pesquisas que avaliam o desempenho da APS, foi proposto o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) embasado na teoria sobre avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultados dos estudos de Donabedian (1988).

O instrumento, de domínio público e adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste em um questionário estruturado que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS, mediante avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde, tendo sido adaptado e validado em diferentes países: Brasil, Coréia do Sul e Catalunha-Espanha (BRASIL, 2008).

A avaliação da Atenção Primária à Saúde, por meio da utilização de um instrumento padronizado, justifica-se pela capacidade de contribuir para a produção do conhecimento desse nível de atenção e, ainda, para sua definição tecnológica, a partir da consideração de que a valorização da cultura avaliativa e a orientação, tomando por base o processo de trabalho, favorecem no exercício constante de repensar, para então propor as mudanças necessárias (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

Um dos grandes desafios do SUS é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

3.3 Consulta de Puericultura

Nas últimas três décadas, as ações para o combate à mortalidade infantil obtiveram resultados positivos e o número de mortes de crianças menores de cinco anos, no mundo, passou de 12,7 milhões em 1990 para 5,9 milhões em 2015. Desde o ano 2000, em que o declínio da mortalidade foi mais significativo, as vidas de 48 milhões de crianças foram preservadas e elas não completariam cinco anos caso as taxas permanecessem no mesmo nível. Contudo, percebem-se disparidades

continentais importantes e ainda morrem no mundo cerca de 16 mil crianças diariamente (UNICEF, 2015).

A mortalidade infantil é um dos indicadores mais sensíveis às condições de vida da população. Ela expressa como a criança, desde o início de sua existência e sem maturidade imunológica, responde às adversidades presentes no ambiente em que vive. Esse indicador pode ser utilizado para avaliar o impacto de mudanças políticas, econômicas e sociais e verificar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; COSTA et al., 2009; FRIAS *et al.*, 2009).

Assim, em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que envolvia cinco ações básicas, quais sejam: acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento; estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; controle das doenças diarreicas, e controle de doenças preveníveis por imunização. As ações nele preconizadas haviam sido propostas no sentido de atender aos agravos mais frequentes e importantes das crianças, na faixa etária de zero a cinco anos de idade. O programa apresentava diretrizes para o atendimento da população infantil nos serviços de saúde em todos os níveis do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 1984). Assim, o PAISC foi concebido com o objetivo de promover a saúde integral da criança, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a cobertura dos serviços de saúde, respondendo ao desafio de enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da morbimortalidade infantil no país (BRASIL, 1986).

Para tanto, desde 1996, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a atual Estratégia de Saúde da Família (ESF) realizam o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2002). A puericultura é uma estratégia fundamental que favorece a melhoria da qualidade de vida infantil, evita mortes precoces e hospitalizações desnecessárias. Acompanhar e avaliar esses atendimentos nas unidades básicas de saúde é de extrema importância, pois dentre as mais relevantes causas da mortalidade infantil, estão as morbidades evitáveis e sensíveis à Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2009a).

A puericultura constitui como o segundo foco da assistência à criança na APS, é o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, identificando os grupos de maior risco para intervenções apropriadas, com o objetivo

de diminuir a morbimortalidade. Essa prática visa manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, atingindo a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Realiza ações de promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, a partir de orientações sobre os riscos de agravos à saúde (CAMPOS *et al.*, 2011; DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

O primeiro foco é a visita após o nascimento do bebê, a equipe de saúde da família visite a mãe e o RN, assim que possível. Essa visita tem o propósito de oferecer apoio emocional e assistencial para que as orientações discutidas durante o pré-natal sejam colocadas em prática. Deve-se observar com cuidado o domicílio, as condições de higiene, de saneamento e ventilação, além de orientar sobre os cuidados gerais com o bebê, incentivar o aleitamento materno, identificar sinais de perigo e avaliar as relações familiares (BRASIL, 2012a; MINAS GERAIS, 2008).

As consultas representam um espaço para a educação em saúde e uma oportunidade para que os profissionais de saúde orientem cada mãe, de acordo com a idade da criança e os problemas apresentados. Além disso, permitem o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, desenvolvimento cognitivo e comportamental, da prevenção de doenças imunopreveníveis e do incentivo aos hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2012a; MINAS GERAIS, 2008).

A puericultura tem como objetivo promover o acompanhamento sistemático da criança, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta, a fim de promover e manter a saúde, reduzir incidências de doenças e aumentar as chances desta crescer e se desenvolver de modo a alcançar todo o seu potencial (FUGIMORE, 2009).

A puericultura é a área da pediatria que atua no sentido de manter a criança saudável para atingir a vida adulta, sem consequências trazidas pela infância e está voltada para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes (DEL CIAMPO, 2006).

Portanto, avaliar a qualidade dos serviços de saúde, em relação ao atendimento oferecido à criança, é tentar proporcionar um futuro com maior responsabilidade para todos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo de caráter transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

4.2 Local e Período de realização do estudo

O presente estudo foi realizado nas UBS da cidade de Picos, no período de janeiro de 2018 a outubro de 2019, com cuidadores principais das crianças menores de dois anos que compareceram ao serviço de Puericultura. A escolha do município corresponde ao local de trabalho do pesquisador, o que facilitou e viabilizou o estudo.

Picos é uma cidade do sul do Estado do Piauí, localizado há 310 Km da capital Teresina, com uma população, segundo IBGE(2017) de 73.414 pessoas, de acordo com censo 2010, com população estimada em 78.002 habitantes e com densidade demográfica (2010) de 137,30 hab/km², em termos populacional ocupa o terceiro lugar. População essa distribuída em 36 Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo 24 ESF da Zona Urbana e 12 ESF da Zona Rural, com a saúde habilitada na gestão Plena do Sistema Municipal. Possui, segundo o IBGE (2017), 99 Estabelecimentos de Saúde cadastrados pelo Sistema Único de Saúde.

4.3 População/amostra

A população/amostra foi compreendida pelos cuidadores principais das crianças menores de dois anos, que realizaram atendimento nas ESF, na cidade de Picos-PI. O cuidador principal foi identificado a partir da seguinte pergunta: Quem pode falar melhor sobre a saúde desta criança?

Para conhecer a população, foi feito levantamento do número de crianças menores de dois anos, cadastradas nas UBS, e que fazem acompanhamento de puericultura. Segue abaixo quadro com o quantitativo de crianças cadastradas e acompanhadas por cada ESF.

ESF	QUANTIDADE
ESF 1	26
ESF 2	30
ESF 3	26
ESF 4	17
ESF 5	60
ESF 6	30
ESF 7	43
ESF 8	32
ESF 9	22
ESF 10	20
ESF 11	30
ESF 12	47
ESF 13	33
ESF 14	28
ESF 15	20
ESF 16	40
ESF 17	37
ESF 18	42
ESF 19	57
ESF 20	22
ESF 21	45
ESF 22	39
ESF 23	70
ESF 24	83
TOTAL	899

Fonte: Pesquisa Direta

Para que a amostra represente fielmente a população, foi calculado o erro amostral máximo aproximado de 5%, em valores absolutos, e nível de confiança de 95%. O cálculo utilizado para a obtenção da amostra foi a fórmula para estudos transversais com população finita (MIOT, 2011):

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z\alpha/2)^2}{(N - 1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

Baseando-se no cálculo amostral de Miot (2011), n= ao tamanho da amostra; $Z\alpha/2$ = valor crítico para o grau de confiança desejado; E= erro amostral absoluto; N = tamanho da população (finita) (N = 899); q = porcentagem complementar (100-p); p = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo (50%). Resultando, assim, em uma amostra de 261 crianças menores de 2 (dois) anos. As crianças foram selecionadas de maneira proporcional em todas as UBS, à medida

que compareciam para acompanhamento de puericultura e cujos cuidadores principais aceitaram participar da pesquisa.

Definiu-se como critério de inclusão referente ao cuidador principal: morador/usuário de acordo com a sua área de abrangência, cadastrados na ESF, cuja criança já tenha pelo menos um atendimento de puericultura realizado anteriormente. E como critério de descontinuidade: cuidador principal que iniciaram a entrevista, porém no decorrer da mesma optaram por não continuar.

4.4 Variáveis

As variáveis abordadas nesta pesquisa foram agrupadas em socioeconômicas, e variáveis diretamente relacionadas ao instrumento de avaliação da APS.

4. 4.1 Variáveis socioeconômicas:

Grau de parentesco em relação à criança.

Idade: Foi computada em anos.

Sexo: Computado em masculino ou feminino

Cor: A autorreferida, a saber: negra, branca, amarela ou parda.

Escolaridade: Sem escolaridade, ensino fundamental (completo/incompleto), Ensino médio (completo/incompleto), ensino superior, pós-graduação.

Classe econômica: Foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP), elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa em 2015.

Religião: Sem religião, católico, evangélico, umbandista, protestante, testemunha de Jeová.

Ocupação: Foi computado como autorreferida, a saber, as mais frequentes: doméstico, dona de casa, lavrador, estudante, professor, dentre outros.

Estado civil: Casado/União estável, Solteiro, divorciado, separado e viúvo.

4. 4. 2. Variáveis relacionadas à qualidade do serviço de puericultura

Grau de afiliação com o Serviço de Saúde: Visa identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado.

Acesso de Primeiro Contato: Busca conhecer se o serviço referido é o único meio de encaminhamento para um especialista avaliar o tempo gasto até a criança ser atendida; Avalia se o médico/enfermeiro é o primeiro a ser procurado para uma consulta de revisão da criança. Avalia a utilização e acessibilidade.

Longitudinalidade: O entrevistado apresenta-se confortável para se expressar nas consultas.

Coordenação: Busca informação de referência e contra referência para atendimento especializado.

Integralidade: Saber se em consulta o entrevistado já foi abordado sobre assuntos relativos à sua criança, por exemplo, sobre crescimento e desenvolvimento.

Orientação Familiar: O cuidador tem participação na escolha do tratamento e do cuidado da criança

Orientação Comunitária: O serviço de saúde conhece os principais problemas da área em que o entrevistado mora; conhecer se são realizadas pesquisas nas casas para reconhecimento dos problemas da comunidade; conhecer se há participação / integração da comunidade no conselho de saúde local.

O instrumento de coleta de dados foi o PCATool-Brasil, Versão Criança (ANEXO A), criado por Starfield (2000) e validado no Brasil, para uso em português por Macinko, Almeida e Oliveira (2003). Esse instrumento avalia atenção primária no que tange à organização e desempenhos dos serviços.

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável, por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006).

O PCATool – *Primary Care Assessment Tool* corresponde a um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária e apresenta originalmente versões autoaplicáveis, destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos

(PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde (STARFIELD *et al.*, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001). O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS.

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Campbell *et al.*, (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato, formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).

Com o propósito de compreender as diretrizes da APS, Starfield *et al.*, (2005) propõem um conceito amplo e direcionado à presença e à extensão de atributos essenciais e derivados no serviço. Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma forma regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde; coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Os atributos derivados, por sua vez são: orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar no cuidado prestado; orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais.

O instrumento PCATool-Brasil, na versão criança, é composto por 55 itens, divididos em 10 componentes, em relação aos atributos da APS. As respostas são em escala Likert, sendo “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). As respostas marcadas com “não sei/não lembro” foram consideradas como “provavelmente não” (BRASIL, 2010).

Os escores dos atributos da APS, aferidos pela aplicação do PCATool-Brasil, possuem duas categorias de resultados pelo valor médio de 6,6; os resultados acima deste valor se classificam como alto escore e abaixo dele como baixo escore (BRASIL, 2010).

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a junho/2019. Inicialmente, para o atendimento dos objetivos propostos, foi aplicado questionário com dados do entrevistado e dados familiares, utilizando para tanto a classificação de ABEP, com a finalidade de traçar o perfil socioeconômico das famílias (APÊNDICE A).

Como recomendação o PCATool-Brasil, versão Criança, deve ser aplicado aos pais das crianças ou cuidadores destas (como avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador, que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança. A coleta de dados foi realizada com os cuidadores principais das crianças, em sala reservada e com consentimento do usuário, utilizando o PCATool, na versão criança.

Aos que se dispuseram a participar da pesquisa foram convidados a assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) após abordagem, explicando sobre a Pesquisa, objetivos, e apresentando a relevância para melhoria da assistência à criança (APÊNDICE B). Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – Picos, com número da CAAE: 03837418.8.0000.8057 e Parecer: nº 3.086.566 e autorização da Prefeitura para abordagem dos profissionais e responsáveis dos usuários, obedecendo à Resolução 466/12, sendo garantidos os preceitos éticos dos envolvidos na pesquisa.

4.6 Análise Dos Dados

A avaliação da qualidade da atenção à saúde, neste estudo, foi considerada como a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2002). O instrumento mede a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio de média aritmética dos itens constantes.

Para tabulação dos dados, utilizaram-se as respostas em escala de Likert, sendo “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), sendo para isso construído um banco de dados no software Excel 2006. Os dados foram analisados com auxílio do *software* estatístico Statistical Package for Social Sciences-SPSS versão 22, utilizando nível de confiança usual de 5% (0,05), e considerando $p\text{-valor} < 0,05$ como significativo, desconsiderando a hipótese de igualdade (H_0). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Considerando o valor 6,6 o mínimo para a unidade de saúde ter a presença do atributo essencial e do atributo derivado em seu serviço (STARFIELD, 2002).

O instrumento orienta que, para a análise dos dados, ocorra a inversão dos itens C2, C4, C5, e D10, uma vez que esses itens 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) (BRASIL, 2010a). Segue em anexo Instrumento de Análise dos Dados do PCTool-Brasil, versão criança (ANEXO B).

O instrumento estabelece que, caso para algum entrevistado, a soma de respostas em branco (respostas 9 que significa Não sei/não lembro) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (B a J), não é preciso calcular o escore deste componente para esse entrevistado, ficando em branco, no banco de dados o escore desse componente. Já se a soma de respostas em branco com respostas 9 (não sei/não lembro) for inferior a 50 % do total de itens de um componente, para um entrevistado, será preciso transformar o valor de 9 para 2 (provavelmente não). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelos pais/responsáveis das crianças (BRASIL, 2010).

Em seguida, foram calculados escores referentes a cada um dos componentes relacionados com os atributos da APS presentes no PCATool-Brasil. Esses escores foram obtidos pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõe e transformados em escala de 0 a 10, utilizando da seguinte fórmula: $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$ (BRASIL, 2010).

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais o Grau de Afiliação), dividido pelo número de componente/8 $(A + B + C + D + E + F + G + H / 8)$. E o escore geral foi

medido pela soma do escore médio dos componentes e que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de afiliação), somado aos atributos derivados e dividido pelo número total de componentes (A + B + C + D + E + F + G + H + I + J/10) (BRASIL, 2010).

Após a coleta de dados, os mesmos foram tabulados por ESF. Sendo posteriormente analisado e identificado àquele componente com média inferior a 6,6 como resultado insatisfatório no quesito qualidade da assistência prestada na APS. Os dados foram analisados quantitativamente sob a forma de estatística descritiva de distribuição de frequências absolutas, médias, valor máximo, valor mínimo, desvio padrão, sendo apresentadas em forma de tabelas e gráficos para posterior comparação com a literatura disponível, acerca da temática em questão. Para avaliação de distribuição normal entre as variáveis quantitativas, utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparação dos escores médios dos atributos por grupos, utilizou-se do Teste de Kruskal-Wallis e Teste U Mann Whitney. Para todas as análises, utilizou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4.7 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa segue todos os preceitos éticos, em conformidade com os princípios contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que envolve participação de seres humanos. Tendo como primeiro passo a solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde, posteriormente será encaminhada para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelo CEP, sob parecer de nº: 3.086.566.

Para cada participante, foi fornecida uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE para maiores de 18 anos – APENDICE B), com linguagem clara e acessível, contendo todas as informações necessárias sobre a pesquisa, como objetivos, responsáveis pelo trabalho, métodos utilizados, garantia de anonimato e do uso estrito dos dados para fins da pesquisa, além da garantia de não existência de riscos previsíveis e do direito de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Para cuidadores com menos

de 18 anos, foi solicitada a autorização do responsável pelo mesmo (avô ou avó da criança), com a assinatura do TCLE para responsáveis dos cuidadores menores de 18 anos (APENDICE C) e do termo de assentimento livre e esclarecido (TALE – APÊNDICE D).

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Nesta, entretanto, acredita-se que os riscos sejam mínimos e está relacionado ao constrangimento em responder o instrumento e quanto ao sigilo das informações. Para tanto, o momento de aplicação do instrumento foi feita numa sala reservada, com o participante sentado, de forma clara, objetivando diminuir qualquer desconforto ou constrangimento.

Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados advindos da pesquisa serão de grande valia para intervenção e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, buscando o maior conhecimento principalmente sobre os atributos da APS e proporcionando o aperfeiçoamento da assistência prestada ao usuário do serviço.

5 RESULTADOS

As entrevistas ocorreram em área de abrangência de 24 Estratégias de Saúde da Família, que correspondem à zona urbana, na cidade de Picos-PI. Participaram do estudo 261 cuidadores de crianças menores de dois anos, que realizaram Consulta de Puericultura na Atenção Primária, seguindo os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. A caracterização sociodemográfica dos participantes está apresentada na Tabela 01. A maior parte dos entrevistados foi de mães (80,1%), na faixa etária de 25 a 59 anos (67,8%), variando de 14 anos a 68 anos, do sexo feminino (91,2%), da raça parda (65,5%), com ensino médio (50,19%), católico (66,28%), do lar (40,6%), casado ou união estável (74,3%), e classe econômica DE, segundo tabela Abep, com média de R\$ 768,00 (38,7%).

Tabela 01- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores das crianças pesquisadas. Picos (PI). 2019. N: 261.

Variáveis	N	%	Média	Mín	Máx	Dp
Parentesco						
Mãe	209	80,1				
Pai	18	6,9				
Avó/Avô	19	7,3				
Outros	15	5,7				
Faixa Etária						
≤24 anos (Jovens)	78	29,9	30	14	68	10
25- 59 anos (Adulto)	177	67,8				
≥60 anos (Idoso)	6	2,3				
Sexo						
Masculino	23	8,8				
Feminino	238	91,2				
Raça						
Branco	49	18,8				
Amarela	0	0,0				
Parda	171	65,5				
Negra	41	15,7				
Escolaridade						
Sem Escolaridade	3	1,15				
Ens. Fundamental (Completo/Incompleto)	87	33,33				
Ens. Médio (Completo/Incompleto)	131	50,19				
Ens. Superior	39	14,94				
Pós-Graduação	1	0,38				
Religião						
Sem Religião	14	5,36				
Evangélico	61	23,37				
Católico	173	66,28				
Umbandista	3	1,15				
Protestante	8	3,07				
Testemunha de Jeová	2	0,77				
Ocupação						
Doméstico	28	10,7				

(Continua)

(Continuação)

Dona de Casa	106	40,6
Lavrador	18	6,9

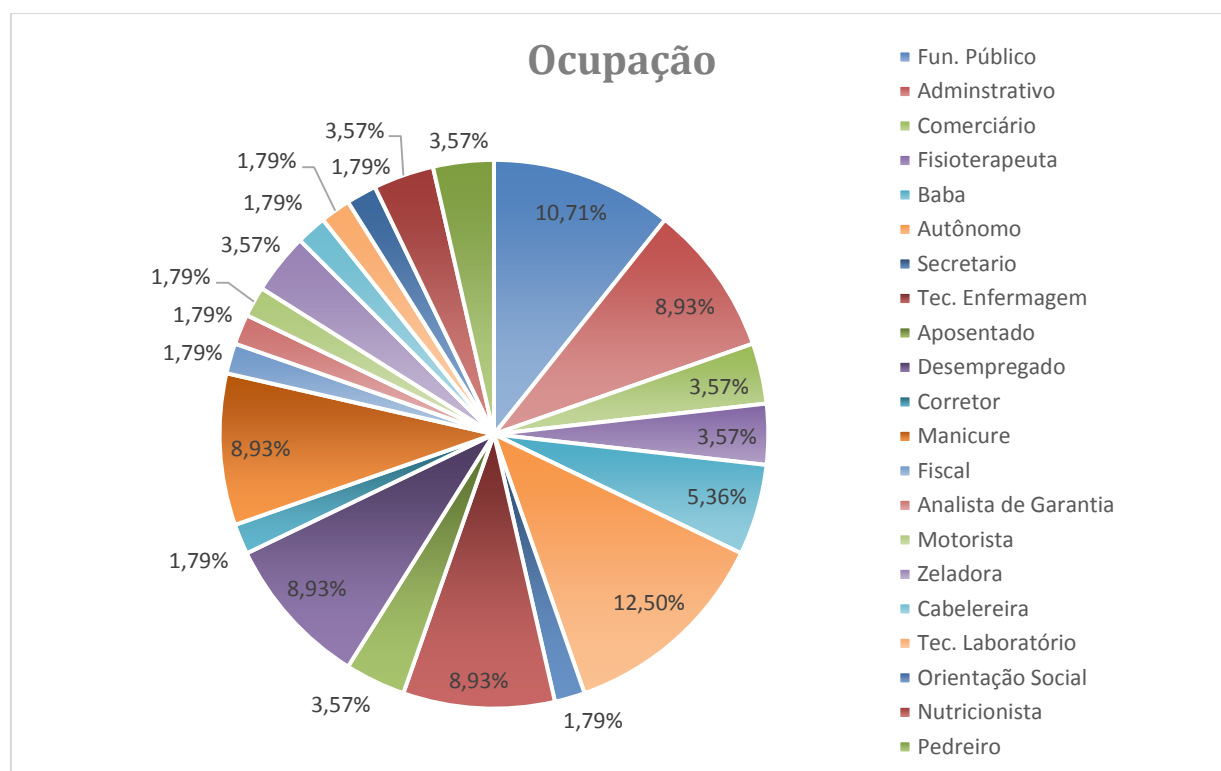
Tabela 1. Continuação.

Variáveis	N	%	Média	Mín	Máx	Dp
Vendedor	10	3,8				
Professor	17	6,5				
Estudante	26	10,0				
Outros	56	21,5				
Estado Civil						
Casado/União Estável	194		74,3			
Solteiro/Divorciada/Separada	67		25,7			
Classe econômica						
A	1		0,4			
B1	13		5,0			
B2	17		6,5			
C1		36	13,8			
C2		93	35,6			
DE		101	38,7			

Fonte: Pesquisa Direta

Do universo das ocupações autorrelatada, emerge o Gráfico 01, que representa o grupo de outras profissões (21,5%), que se apresentaram em menor frequência.

Gráfico 01- Caracterização da Ocupação dos cuidadores das crianças menores de dois anos, que se enquadram dentro de Outros. Picos (PI). 2019. N: 261



Fonte: Pesquisa Direta

A Tabela 02 apresenta a caracterização do grau de afiliação dos cuidadores das crianças menores de dois anos, que compareceram na Unidade Básica de Saúde para acompanhamento. Todos referem que existe um serviço de saúde que geralmente leva o seu filho (A1); 99,6% referem que existe um serviço de saúde que conhece melhor seu filho (A2) e 99,6% referem que existe um serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento da criança (A3). Os valores 0,4 % do item A2 e A3 correspondem à existência de um serviço de saúde, porém são diferentes do referenciado em A1 e A2.

Tabela 02- Caracterização do Grau de Afiliação, respondidos pelos cuidadores das crianças pesquisadas. Picos (PI). 2019. N: 261

	Grau de Afiliação		
	Sim	Não	
Há serviço de saúde que geralmente leva seu filho (A1)	100,0%	0,0%	
Há serviço de saúde que conhece seu filho (A2)	99,6%	0,4%	
			Sim, diferente do A1 e A2
Há serviço de saúde mais responsável por seu filho (A3)	99,6%	0,0%	0,4

Fonte: Pesquisa Direta

A tabela 03 apresenta a avaliação dos atributos da APS. Em relação ao atributo Acesso de Primeiro Contato-Utilização(B), destacou-se que 72,4% dos entrevistados afirmam ir ao serviço de saúde relatado no Grau de Afiliação antes de ir a outro serviço de saúde, e 48,3% acredita que seja necessário encaminhamento obrigatório desse serviço para consulta com especialista. No atributo Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade(C), 68,5% afirma que, a Unidade estando aberta e a criança necessitando de atendimento, o mesmo acontece no mesmo dia, 41,9% referem que precisa esperar muito tempo para marcar hora no serviço, 48,8% referem que existe dificuldade no atendimento médico na UBS e 67,3% não conseguem aconselhamento por telefone.

Em relação ao Atributo Longitudinalidade (D), 83,1% responderam que sempre é o mesmo profissional que atende a criança no serviço de saúde, 86,5% referem entender o que o profissional diz ou pergunta, 83,8% que o profissional responde suas perguntas de maneira clara, 70,4% não mudaria para outro serviço caso fosse fácil, 42,7% responde que o profissional não conhece bastante suas famílias, 49,2% que os profissionais não sabem quais os problemas de saúde mais

importantes para a família, 56,5% que os profissionais não sabem o trabalho dos familiares.

Tabela 03 – Avaliação dos atributos pelos cuidadores de crianças menores de dois anos. Picos (PI). 2019. N:261

Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B)					
	Com Certeza, não	Provavelmente, Não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Não sei, não lembro
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outra para uma consulta de rotina.	9,20%	3,40%	14,90%	72,40%	0,00%
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outra para um novo problema.	11,10%	5,00%	24,90%	59,00%	0,00%
O seu serviço de saúde encaminha obrigatoriamente a um especialista	16,50%	5,40%	29,50%	48,30%	0,40%
Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade (C)					
O Serviço de saúde atende no mesmo dia	7,70%	7,70%	16,20%	68,50%	0,00%
Espera muito tempo para marcar hora no serviço	30,40%	20,00%	7,70%	41,90%	0,00%
É fácil marcar consulta de rotina	24,60%	7,30%	23,50%	44,60%	0,00%
Tem que esperar mais que 30 min para as consultas	48,10%	26,20%	6,50%	19,20%	0,00%
Dificuldade em conseguir atendimento médico no serviço	28,50%	15,80%	6,90%	48,80%	0,00%
Consegue aconselhamento por telefone	67,30%	5,80%	11,50%	15,40%	0,00%
Longitudinalidade (D)					
É o mesmo profissional que atende a criança no serviço	4,20%	2,30%	10,00%	83,10%	0,40%
Pode telefonar para falar com o profissional no serviço	61,20%	4,20%	10,40%	24,20%	0,00%
O profissional entende o que você diz ou pergunta	1,50%	2,70%	9,20%	86,50%	0,00%
O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda	1,50%	2,30%	12,30%	83,80%	0,00%
O profissional lhe dá tempo suficiente para falar sobre os problemas	7,70%	3,80%	9,20%	79,20%	0,00%
Você se sente à vontade para falar dos problemas com sua criança ao profissional	3,50%	1,90%	10,00%	84,60%	0,00%
O profissional conhece a criança como pessoa mais do que como um problema de saúde	13,50%	11,90%	15,00%	59,60%	0,00%
O profissional conhece a história clínica da criança	14,20%	9,60%	21,50%	54,60%	0,00%
O profissional sabe dos medicamentos que a criança toma	17,30%	7,70%	17,30%	57,70%	0,00%
Você mudaria para outro serviço de saúde se fosse fácil	70,40%	8,80%	10,00%	10,80%	0,00%
O profissional conhece sua família bastante	42,70%	15,40%	15,80%	26,20%	0,00%
O profissional sabe quais os problemas de saúde mais	49,20%	14,60%	15,40%	20,80%	0,00%

(Continua)

		(Continuação)				
importantes para família						
O profissional sabe do trabalho dos familiares	56,50%	16,50%	11,50%	15,40%	0,00%	
O profissional saberia se você tivesse dificuldade em obter ou pagar medicamento para sua criança	49,60%	16,90%	10,80%	22,30%	0,40%	
Coordenação – Integração de Cuidados (E).						
	Sim	Não	Não sei			
Sua criança foi encaminhada ao especialista	65,90%	33,30%	0,80%	0,00%	0,00%	
	Com Certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Não sei, não lembro	
Houve indicação do seu serviço a um especialista	45,30%	1,20%	10,50%	41,90%	1,20%	
O profissional do seu serviço sabe da consulta com o especialista	19,80%	8,10%	11,60%	60,50%	0,00%	
O profissional do seu serviço soube dos resultados da consulta com o especialista	25,60%	5,80%	8,10%	58,10%	2,30%	
Depois da consulta com o especialista o profissional do seu serviço conversou com você	24,40%	5,80%	9,30%	58,10%	2,30%	
O profissional do seu serviço mostrou-se interessado na consulta com o especialista	25,60%	4,70%	11,60%	54,70%	3,50%	
Coordenação- Sistema de Informação (F).						
Você leva a caderneta de vacinação nas consultas	0,80%	0,80%	5,00%	93,10%	0,40%	
O prontuário da criança está sempre disponível nas consultas	1,50%	1,20%	12,70%	84,20%	0,40%	
Você tem acesso ao prontuário	10,00%	18,10%	18,50%	53,30%	0,00%	
Integralidade – Serviços Disponíveis (G).						
Vacinas	3,30%	0,40%	4,10%	92,20%	0,00%	
Programa de assistência social	4,90%	6,10%	12,70%	76,20%	0,00%	
Planejamento Familiar	2,00%	4,10%	16,00%	77,50%	0,40%	
Programa de suplementação nutricional	60,70%	23,80%	9,40%	5,30%	0,80%	
Aconselhamento ou tratamento do uso prejudicial de drogas	7,00%	23,80%	38,50%	30,70%	0,00%	
Aconselhamento para problemas de saúde mental	9,40%	20,10%	43,90%	25,80%	0,80%	
Suturas de pontos	63,10%	20,90%	9,00%	7,00%	0,00%	
Aconselhamento e testes Anti-HIV	2,90%	2,50%	9,00%	85,70%	0,00%	
Identificação de problemas visuais	49,20%	22,10%	11,50%	16,80%	0,40%	
Integralidade – Serviços Prestados (H).						
Orientação para manter criança saudável	1,50%	0,80%	5,00%	92,70%	0,00%	
Segurança no lar	9,20%	1,50%	9,20%	79,70%	0,40%	
Mudanças do crescimento e desenvolvimento	3,10%	2,30%	11,10%	83,50%	0,00%	
Maneiras de lidar com os problemas de comportamento	5,40%	2,70%	12,30%	78,90%	0,80%	
Maneiras de manter criança segura	10,00%	3,80%	13,80%	72,00%	0,40%	
Orientação Familiar (I)						
O profissional questiona sobre suas	31,70%	8,70%	8,30%	50,40%	0,80%	

(Continua)

(Continuação)

ideias e opiniões					
O profissional questionou sobre doenças da família	23,00%	4,80%	8,70%	62,70%	0,80%
O profissional se reuniria com a sua família caso achasse necessário	19,80%	20,20%	21,40%	38,10%	0,40%
Orientação Comunitária (J)					
Alguém do seu serviço faz visitas domiciliares	14,60%	2,60%	3,40%	79,40%	0,00%
O seu serviço conhece os problemas de saúde da vizinhança	23,20%	8,20%	20,20%	48,50%	0,00%
O seu serviço faz pesquisas na comunidade para identificação de problemas	28,80%	6,00%	28,30%	36,90%	0,00%
O seu serviço convida os membros da família para participar dos conselhos de saúde	36,10%	10,70%	23,60%	29,60%	0,00%

Fonte: Pesquisa Direta

Em relação à Coordenação-Integração de Cuidados (E), destacou-se que 65,9% dos entrevistados em algum momento foram encaminhados ao serviço com especialista. Sendo que, 60,5% referem que o seu serviço de saúde sabe da consulta com o especialista, 58,1% o profissional soube dos resultados da consulta com o especialista. No atributo Coordenação-Sistema de Informação (F), 93,1% responderam que levam a caderneta de vacinação nas consultas, 84,2% o prontuário está sempre disponível nas consultas e que 53,3% referem que teriam acesso ao prontuário, caso fosse necessário.

No atributo Integralidade- Serviços Disponíveis (G), 92,2% referem ter acesso às vacinas, 76,2% tem acesso aos programas sociais, 77,5% tem conhecimento do planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, 85,7% referem estar disponível para o aconselhamento e testes de anti-HIV. Em contrapartida, 60,7% referem não ter conhecimento de programas de suplementação nutricional, 63,1% dizem que não está disponível nos serviços de saúde a realização de suturas. No atributo Integralidade-Serviços Prestados (H) tem-se como resultados que 92,7% dos entrevistados referem receber orientação para manter a criança saudável, e 83,5% recebem orientações sobre mudanças de crescimento e desenvolvimento. No atributo Orientação Familiar (I), 50,4% referem que o profissional questiona sobre suas ideias e opiniões e que, 62,7% o profissional questiona sobre doenças da família. E, por fim, no atributo Orientação Comunitária (J), 79,4% referem receber visitas domiciliares e que 36,1% não recebem convites para participação em conselhos de saúde.

A Tabela 04 apresenta medidas de tendência central e dispersão do Grau de Afiliação e dos atributos da APS. Ressaltando que o escore do Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B), Coordenação-Sistema de Informação (F) e Integralidade-Serviços Prestados (H) apresentam médias mais significativas, o que eleva o valor dos escores essenciais e gerais, quando comparados com todos os escores. Apresenta ainda com base no teste de normalidade, ao nível de significância de 5%, o valor p (KS), onde somente o domínio Longitudinalidade (D) segue distribuição normal. O melhor escore pôde-se ser percebido no Atributo Integralidade-Serviços Prestado (H) e pior escore no Atributo Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B).

Tabela 04- Valores médios e respectivos desvios padrão dos Escores dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e geral, conferidos pelos cuidadores das crianças menores de dois anos na Avaliação da Estratégia de Saúde da Família Picos (PI). 2019. N: 261

	Média	Mín	Max	Dp	Valor p (KS)
Grau de Afiliação (A)	2,00	2,00	2,67	0,04	0,0
Escore Acesso de Primeiro Contato-Utilização(B)	3,32	1,00	4,00	0,88	0,0
Escore Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade(C)	2,57	1,00	4,00	0,73	0,02
Escore Longitudinalidade (D)	2,86	1,36	3,79	0,45	0,2
Escore Coordenação – Integração de Cuidados (E).	3,04	1,00	6,60	1,17	0,0
Escore Coordenação- Sistema de Informação(F)	3,63	2,00	5,00	0,48	0,0
Escore Integralidade – Serviços Disponíveis (G).	2,89	1,44	4,00	0,35	0,0
Escore Integralidade – Serviços Prestados (H).	3,69	1,00	5,20	0,62	0,0
Escore Orientação Familiar (I).	2,93	1,00	7,33	1,07	0,0
Escore Orientação Comunitária (J)	2,90	1,00	4,00	0,93	0,0
Escore Essencial	3,59	1,81	157,12	9,54	0,0
Escore Geral	3,43	1,82	118,61	7,16	0,0

Fonte: Pesquisa Direta

A tabela 05 apresenta medidas de tendência central e dispersão do grau de afiliação e dos atributos essenciais e derivados da APS, analisados após transformação para escala de 0 a 10, segundo recomendação do Manual do PCATool, versão criança. Nela, identificou-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B), Coordenação-Sistema de Informação (F) e Integralidade - Serviços Prestados(H) atingiram valores superiores a 6,6, sendo considerados bem avaliados. Os atributos Longitudinalidade (D), Coordenação- Integração de Cuidados (E), Integralidade-Serviços disponíveis (G), Orientação Familiar (I) e Orientação

Comunitária (J) os valores chegam bem próximo do ponto de corte, porém abaixo. Enquanto o atributo Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade (C) foi o pior escore avaliado, com valor de 5,24, os escores essencial e geral se mantêm acima de 6,6, sendo considerados bem avaliados.

Tabela 05- Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e geral, conferidos pelos cuidadores das crianças menores de dois anos na Avaliação da Estratégia de Saúde da Família Picos (PI). 2019. N: 261

ATRIBUTOS	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Utilização(B)	7,72	0,00	10,00	2,94
Acessibilidade(C)	5,24	0,00	10,00	2,42
Longitudinalidade(D)	6,21	1,20	9,30	1,53
Coordenação – Integração de Cuidados (E).	6,57	0,00	11,33	3,48
Coordenação(F)	8,76	3,33	10,00	1,56
Integralidade – Serviços Disponíveis (G).	6,31	1,47	10,00	1,17
Integralidade – Serviços Prestados (H).	8,95	0,00	10,00	2,03
Orientação Familiar (I).	6,34	0,00	10,00	3,30
Orientação Comunitária (J)	6,35	0,00	10,00	3,10
Escore Essencial	6,67	2,70	8,90	0,93
Escore Geral	6,61	2,73	9,03	1,05

Fonte: Pesquisa Direta

A tabela 06 apresenta a comparação das médias dos escores essencial e geral de acordo com os dados socioeconômicos. Com base no teste de comparação de grupo, temos evidências estatística que os grupos (variáveis) ocupação e classe econômica apresenta diferença entre os grupos, ou seja, este grupos pontuam diferentes no escore geral, já as demais variáveis não apresentam diferença significativa Usando para isso, o Teste de Kruskal-Wallis, ao nível de significância de 5% e Teste U Mann Whitney, ao nível de significância de 5%.

Tabela 06 – Análise Inferencial de comparação de Grupos entre os escores essencial e geral, respondidos por cuidadores das crianças menores de dois anos, que comparecem para acompanhamento da puericultura, nas unidades básicas de saúde. Picos (PI). 2019. N:261.

Faixa Etária	Escore Essencial		Escore Geral		P-valor
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
					0,392 [£]
≤24 anos (Jovens)	6,57	1,10	6,46	1,14	0,166 [£]
25- 59 anos (Adulto)	6,70	0,86	6,66	1,02	
≥60 anos (Idoso)	7,11	0,46	7,17	0,41	

Escolaridade		0,100 £		0,200 [£]
Sem Escolaridade	5,64	0,40	5,22	0,66
Ens. Fundamental (Completo/Incompleto)	6,58	0,90	6,48	0,98
Ens. Médio (Completo/Incompleto)	6,70	0,91	6,65	1,02
Ens. Superior	6,83	1,07	6,87	1,24
Pós-Graduação	6,70		7,27	
Ocupação		0,291 £		0,037 [£]
Domestico	6,43	1,11	6,17	1,11
Dona de Casa	6,75	0,81	6,71	0,95
Lavradora	6,67	0,63	6,58	0,89
Vendedora	6,11	1,23	6,11	1,32
Professor	7,00	0,87	7,18	1,04
Estudante	6,78	0,93	6,64	1,04
Outros	6,58	1,07	6,57	1,13
Estado Civil		0,684 £		0,253 [£]
Casado/União Estável	6,69	0,90	6,66	1,05
Solteiro/Divorciada/Separada	6,61	1,02	6,49	1,06
Classe Econômica		0,173 £		0,008 *£
A	5,43		6,10	
B1	7,17	0,99	7,28	1,14
B2	6,82	0,80	7,09	0,96
C1	6,72	0,84	6,68	1,06
C2	6,60	0,91	6,58	1,03
DE	6,63	0,99	6,46	1,04

Fonte: Pesquisa Direta; [£]Teste Kruskal-Wallis; [£]Teste U Mann Whitney.

Na tabela 07 constam os valores de média, mínimo, máximo e desvio padrão, levando em conta os escores essenciais e gerais por ESF. Observa-se que os escores essenciais foram bem avaliados (valores acima de 6,6) nas ESF 01, 02, 04, 05, 06, 07, 12, 13, 14, 16, 17, 18 e 24 e os escores gerais foram bem avaliados (valores acima de 6,6) nas ESF 01, 03, 04, 07, 13, 14, 16, 23 e 24. Vale destacar que as ESF 01, 04, 07, 13, 14 e 24 possuem valores acima de 6,6 para os dois escores.

Tabela 07. Valores de média, mínimo, máximo, desvio padrão dos escores essencial e geral por Unidade Básica de Saúde. Picos (PI). N: 261

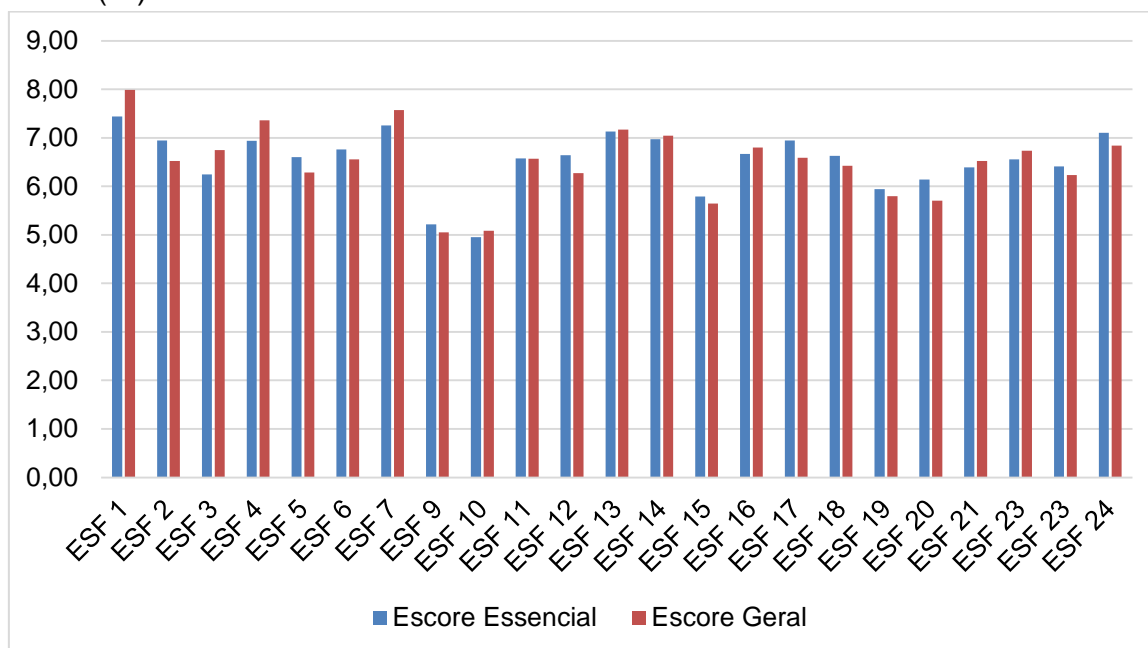
		Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
ESF 1	Escore Essencial	7,44	6,67	8,53	0,75
	Escore Geral	7,99	7,47	8,77	0,53
ESF 2	Escore Essencial	6,94	5,90	8,47	0,76
	Escore Geral	6,53	5,23	8,77	0,97
ESF 3	Escore Essencial	6,25	5,43	8,00	0,76
	Escore Geral	6,74	5,97	8,33	0,80
ESF 4	Escore Essencial	6,94	6,23	8,40	0,70
	Escore Geral	7,36	6,57	8,73	0,70
ESF 5	Escore Essencial	6,60	4,80	7,97	0,96

ESF 6	Escore Geral	6,29	4,27	8,03	1,12
	Escore Essencial	6,76	5,80	7,43	0,71
ESF 7	Escore Geral	6,56	5,33	7,53	0,92
	Escore Essencial	7,26	6,37	8,13	0,47
ESF 9	Escore Geral	7,57	6,83	8,40	0,46
	Escore Essencial	5,22	3,37	7,07	2,62
ESF 10	Escore Geral	5,05	2,73	7,37	3,28
	Escore Essencial	4,95	3,83	6,07	1,58
ESF 11	Escore Geral	5,08	3,73	6,43	1,91
	Escore Essencial	6,58	5,83	8,90	1,04
ESF 12	Escore Geral	6,57	5,67	9,03	1,15
	Escore Essencial	6,64	6,03	7,57	0,45
ESF 13	Escore Geral	6,27	5,37	7,30	0,57
	Escore Essencial	7,13	4,30	8,20	1,00
ESF 14	Escore Geral	7,17	3,97	8,60	1,11
	Escore Essencial	6,97	5,83	8,23	0,55
ESF 15	Escore Geral	7,04	6,03	8,20	0,64
	Escore Essencial	5,79	4,57	7,23	0,98
ESF 16	Escore Geral	5,64	4,07	7,53	1,35
	Escore Essencial	6,67	6,07	6,93	0,33
ESF 17	Escore Geral	6,80	6,33	7,07	0,30
	Escore Essencial	6,95	6,23	8,00	0,64
ESF 18	Escore Geral	6,59	6,00	7,43	0,50
	Escore Essencial	6,63	6,07	7,33	0,38
ESF 19	Escore Geral	6,43	5,93	7,33	0,48
	Escore Essencial	5,94	2,70	8,03	1,52
ESF 20	Escore Geral	5,80	2,93	8,47	1,46
	Escore Essencial	6,14	5,03	7,57	1,01
ESF 21	Escore Geral	5,71	4,70	7,07	0,90
	Escore Essencial	6,39	4,20	8,00	0,97
ESF 23	Escore Geral	6,52	3,70	8,37	1,18
	Escore Essencial	6,56	4,87	7,60	0,87
ESF 23	Escore Geral	6,73	5,27	7,80	0,83
	Escore Essencial	6,41	4,47	7,63	0,74
ESF 24	Escore Geral	6,24	4,50	7,70	0,91
	Escore Essencial	7,10	5,63	8,60	0,66
	Escore Geral	6,84	5,27	8,00	0,66

Fonte: Pesquisa Direta

Para caracterizar os escores em relação às ESF, segue o Gráfico 02. Visivelmente fica claro que a ESF 01, 04, 07, 13, 14 e 24 possuem valores mais elevados para os escores essenciais e gerais quando comparados com outras ESF, sendo a ESF 01 melhor avaliada nos escores, não existindo grandes diferenças entre as médias.

Gráfico 02. Caracterização dos Escores médios (Escala de 10) das ESF. Picos (PI). 2019. N: 261



Fonte: Pesquisa Direta

Dos atributos essenciais avaliados isoladamente, somente Acesso de Primeiro Contato-Utilização, Coordenação-Sistema de Informação e Integralidade-Serviços Prestados atingiram escores satisfatórios, enquanto dos atributos derivados avaliados isoladamente não se tem valor satisfatório. O escore essencial e geral se mantém como satisfatórios, caracterizando a presença e extensão dos atributos.

Os resultados demonstram que existe a necessidade de melhorar a acessibilidade dos usuários aos serviços e aos profissionais de saúde, bem como aprimorar e aproximar a relação profissional e família.

6 DISCUSSÃO

A organização dos serviços de saúde na cidade de Picos-PI, local de realização da pesquisa, está voltada para atenção primária em maior alcance (100% de cobertura), atenção secundária com hospital regional e clínica especializada, e atenção terciária a referência é a capital, Teresina-PI. No período de coleta de dados observou-se uma grande procura dos cuidadores das crianças menores de 2 anos, seja para consultas de rotina, de retorno, de especialidades ou mesmo para serviços de atendimento à criança como vacinação, controle dos dados antropométricos, participação nos programas sociais e educativos.

As condições sociais e econômicas permitem uma interpretação de que a procura é maior por parte das mães, que são donas de casa, de cor da pele parda, casadas, com ensino médio completo ou incompleto, católicas e com renda inferior a 1 (um) salário mínimo. Das demais ocupações autorrelatadas, verifica-se a presença de parte de funcionários públicos, comerciários dentre outros, porém com grande presença também de profissionais liberais (fisioterapeuta / nutricionista / manicure / cabeleireiro). Essa caracterização mostra que a procura maior para acompanhamento é pela população de classe média e baixa, que utilizam o SUS em sua totalidade, não dispoem de planos de saúde e nem de condições de atendimento no serviço privado.

O Pcatool-Brasil constitui-se de um instrumento validado, no qual permite a avaliação dos serviços de saúde, identificando para tanto a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde. O Grau de Afiliação corresponde à identificação do serviço de saúde e dos profissionais por parte do usuário, sendo crucial para a identificação dos atributos da APS. O estudo revelou que dentre os entrevistados, todos referem existir um serviço de saúde voltado para atendimento da criança, e 99,6% referem que os profissionais dos serviços conhecem as crianças e se sentem responsáveis por elas. Isto reforça a ideia de que a atenção primária corresponde a 100% de cobertura, e que os profissionais estejam habilitados para tal acompanhamento.

Para avaliação do PCATool, o primeiro atributo é o Acesso, que é subdividido em duas categorias (B e C): Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B) e Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade (C). O primeiro mede o quanto o usuário prioriza utilizar uma determinada unidade de saúde da APS, e o segundo o quanto este

serviço está disponível ao usuário, sua capacidade de atendimento de rotina, de demanda espontânea, de doença aguda ou de agudização de uma doença crônica (STARFIELD, 2002).

Para o Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B), o estudo alcançou escores elevados, o que demonstra que os usuários procuram o serviço de saúde e recebem atendimento conforme a necessidade na sua grande maioria, acreditando na atenção primária como porta de entrada do serviço de saúde, sejam por condições crônicas, ações preventivas ou por novos problemas de saúde. Resultados análogos foram encontrados nas pesquisas realizadas por Elias *et al.*, (2006) e Ibanêz *et al.* (2006), que em diferentes regiões do país a população entrevistada tem na ESF uma fonte regular de cuidado à saúde e acredita na ESF como porta de entrada para o sistema de saúde, sejam por doenças crônicas, ações preventivas ou por novas necessidades. O que não pode ser percebido no Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade (C) onde existem barreiras geográficas e organizacionais para concretização do atendimento como: não possuir aconselhamento por telefone (67,3%); esperar muito para marcar hora no serviço (41,9%); tem que esperar mais de 30 min para consulta (44,6%); bem como dificuldade de conseguir atendimento médico no serviço (48,8%). Resultados semelhantes foram identificados em outros estudos de Silva *et al.*, (2016); Silva e Fracolli (2014); Viana (2012); Araújo *et al.*, (2014) e Lima *et al.*, (2015), nos quais o baixo escore foi atribuído pelo fato de que as equipes da ESF, participantes da pesquisa, trabalham somente em dias úteis e em horário comercial (7h às 17h), além de não atenderem à noite, nos finais de semana ou sem prévia marcação de consulta, com exceção de pequenas urgências. O mesmo pode-se observar nas Unidades Básicas de Saúde de Picos – PI: trabalham com horário comercial (7-12/13-17hs) para marcação diária de consultas médicas, com cronograma de atendimento para consultas de puericultura com o enfermeiro com dia semanal marcado, através de filas e com poucos funcionários para demanda na grande maioria, o que dificulta o acesso ao profissional de saúde, seja ele enfermeiro, médico ou nível médio. Esse acesso prejudicado acarreta quebra na atenção à saúde integral ao indivíduo, uma vez que ao se deparar com barreiras, a atenção à saúde é postergada, causando impactos de prevenção e incorporação de gastos adicionais.

O atributo longitudinalidade (D) não é um atributo exclusivo da APS, mas é essencial a ela. Este atributo se desenvolve na medida em que os usuários

identificam o local ou prestador do serviço de APS como uma fonte usual de atenção à saúde, segundo reforça Starfield (2002). A longitudinalidade não atingiu escores médios elevados, sendo de fundamental importância para atingir bons resultados que os usuários conheçam definições de população adscrita, características da APS, conceitos de universalização, dentre outros. Vale destacar a dificuldade de acesso por telefone ao profissional de saúde (61,20%), pois as Unidades Básicas não dispõem de serviço de Telefonia e percentuais elevados para os componentes que identificam o pouco conhecimento dos profissionais sobre as condições de vida e trabalho dos usuários, não sendo possível perceber a construção de vínculo entre profissional e usuário, o que favorece o baixo do escore do atributo longitudinalidade. Os dados encontrados divergiram dos estudos de Leão *et al.*, (2011), no qual registrou-se homogeneidade entre as ações de longitudinalidade, com valores satisfatórios, este aspecto é bastante positivo, já que para a assistência à saúde da criança é preciso maior interação com a família e com a história de vida da mesma.

A coordenação da atenção é um atributo essencial no PCATool; a mesma é subdividida em Integração de Cuidados (E) e Sistema de Informações (F). Starfield (2002) pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços. O provedor da atenção primária deve ser capaz de integrar todo o cuidado com paciente através da coordenação do cuidado. Na Coordenação-Integração de Cuidados (E) grande parte dos entrevistados foram referenciados para serviços especializados (65,90%), os escores desse atributo chegaram próximo do ponto de corte 6,6, mas ficando ainda abaixo. Vale ressaltar que muitos, mesmo sem encaminhamentos, procuraram o serviço com especialista, dando continuidade ao atendimento, retornaram ao serviço de origem com os devidos resultados, o que nos leva a acreditar que coordenação do cuidado esteja em fase de consolidação, para implantação e manutenção de serviços de saúde capaz de atender à demanda. Trabalhos de Araújo *et al.*, (2014) e Lima *et al.*, (2015) apresentam escores baixos para esse atributo, em decorrência da má qualidade na referência e contra referência da APS para atenção secundária. Porém, trabalhos de Chomatas *et al.*, (2013) e Figueiredo *et al.*, (2013) elevaram esse valor do escore com a mesma problemática, implantando para solucionar o sistema de prontuário eletrônico integrado.

A avaliação do atributo Coordenação – Sistema de Informação (F) pontuou o segundo maior escore (8,76), esse resultado demonstra o esforço para consolidação dos meios tecnológicos e humanização dos serviços. Os entrevistados referem levar em sua maioria a caderneta da criança para acompanhamento (93,1%) e que o prontuário está sempre disponível nas consultas (84,20%), assim como o acesso a esse documento (53%), o que caracteriza a autonomia dos sujeitos. Dados divergentes foram encontrados no estudo de Viana (2012), no qual os prontuários estão disponíveis para o profissional, porém não para os usuários, o que mostra a necessidade de desenvolvimento de educação em saúde, de forma a criar condições para autonomia dos sujeitos.

O próximo atributo avaliado foi Integralidade, subdividido em dois segmentos: Serviços Disponíveis (G) e Serviços Prestados (H). A integralidade avalia a organização da APS, numa perspectiva de diálogo, entre os diversos atores (profissionais, usuários) e entre os diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (PINHEIRO; MATOS, 2001). Para os Serviços Disponíveis (G), o escore está abaixo do adequado (< 6,6). Foram atribuídos bons resultados para serviços como Vacinação (92%), Programas Sociais (76,2%), Planejamento Familiar (77,5%) e Aconselhamento e testes de anti-HIV (85,7%), porém valores inferiores para programas de suplementação nutricional (5,3%), aconselhamento para usuários de drogas (30,7%), aconselhamento de saúde mental (25,8%) e realização de suturas (7,0%). Os quesitos com bons resultados estão relacionados à assistência direta da Estratégia de Saúde da Família e seu quesito principal que é a prevenção e promoção, garantindo acesso da população a esse benefício. Enquanto os quesitos com resultados insatisfatórios estão relacionados à referência a serviços secundários, como encaminhamento ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que se constituem como apoiadores da ESF. A Integralidade-Serviços Prestados (H) pontuou o maior escore (8,95) com bons resultados. Os entrevistados referem positivamente, no que tange às orientações de manter a criança saudável, segurança no lar, mudanças no crescimento e desenvolvimento e como lidar com problemas de comportamento. Estudos de Silva e Fraccolli (2014) e Viana (2012) apresentaram escores baixos, demonstrando fragilidade em atingir a integralidade. E Pereira *et al.*, (2011) revelam que as ações relativas à prevenção de doenças e à promoção de saúde ainda são

incipientes, revelando a manutenção de modelo assistencial centrado em práticas curativas.

Os dois últimos atributos do PCAToll-Brasil que derivam da atenção primária são eles: Orientação Familiar(I) e Orientação Comunitária(J), que corresponde ao relacionamento e envolvimento da equipe com a família/comunidade. Foram atributos com escores inferiores ao ponto de corte, mas bem próximo dele (6,34/6,35 respectivamente). Em relação à Orientação Familiar (I), metade dos entrevistados responderam que o profissional questiona sobre ideias e opiniões (50,4%), mais da metade que o profissional questiona sobre as doenças da família (62,7%) e no quesito se o profissional reuniria com a família caso necessário, os valores foram homogêneos, não tendo respostas que se sobressaíssem. Para Silva e Fracoli (2014), a avaliação da Orientação Familiar recebeu baixo escore entre os entrevistados, distinguindo positivamente no item que se refere ao questionamento do profissional sobre a doença, o que converge com o estudo realizado.

Em relação à Orientação Comunitária (J), os entrevistados relataram que recebem as visitas dos agentes comunitários de saúde, sendo na maioria realizado pelos mesmos (79,4%); também acreditam que os profissionais dos serviços conhecem os problemas da vizinhança (48,5%) e que fazem pesquisas para identificação dos mesmos na comunidade (36,9%) e um maior percentual responderam que não recebem convites para participação em conselhos de saúde (36,1%). Portanto, parte dos profissionais se apresentam preocupados em estabelecer vínculo com família/comunidade, questionando opiniões, procurando histórico familiar, e se reunindo caso percebam necessidade, o que faz melhorar o acompanhamento e desenvolvimento dos usuários. Os entrevistados percebem a APS como porta de entrada e recebem visitas domiciliares, porém com um grande déficit no quesito participação dos usuários nos conselhos de saúde, não se sabe se por falta de conhecimento ou se por falta de incentivo positivo por parte da equipe de saúde.

Os atributos Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B), Coordenação-Integração de Cuidados (E), Coordenação-Sistema de Informação (F), e Integralidade-Serviços Prestados (H) foram os atributos com médias mais significativas acima de 3,0, antes da transformação na escala de 0 a 10, conforme orientação do Manual do PCATool-Brasil. Mostra que os responsáveis possuem uma boa relação com a ESF e presta os devidos cuidados com seus filhos, o que revela

uma forte presença do atributo, assim como extensão do mesmo. No atributo Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade (C) obtém-se o pior valor de média, o que nos faz refletir, pois os responsáveis reconhecem a ESF como porta de entrada ao serviço de saúde, porém com inúmeras barreiras, necessitando de medidas para qualificação dos profissionais da APS no quesito humanização, triagem e acessibilidade.

O Escore Essencial é medido pela soma dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato-Utilização; Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação-Integração de Cuidados; Coordenação-Sistema de Informação; Integralidade-Serviços Disponíveis; Integralidade-Serviços Prestados, dividido pelo número de componentes. O Escore Geral é composto pela soma dos componentes dos atributos essenciais mais os escores dos atributos derivados de Orientação Familiar e Orientação Comunitária, dividido pelo número total de componentes. No estudo, os valores dos escores essencial e geral foram satisfatórios com valores acima de 3,0, e após transformação na escala de 0 a 10, conforme orientação do Manual do PCATool-Brasil (Brasil,2010), esses escores ficam com valores acima da media de 6,6, sendo considerados bem avaliados (6,67/6,61 respectivamente).

O atributo longitudinalidade corresponde à inter-relação entre profissional e paciente (responsável da criança), os resultados se mostram homogêneos no tocante a bom entendimento durante a consulta (tempo / entendimento / disponibilidade do profissional), divergindo apenas no tocante à aproximação do profissional/paciente que fica a desejar (não conhecendo a família, nem problemas, nem trabalho dos pais).

A análise de dados, comparando grupos com os escores essencial e geral, tem-se que o escore essencial é maior para grupos com faixa etária de 60 anos ou mais, com ensino superior, com ocupação de professor, casados/união estável e classe econômica de B1. E O escore geral é maior em idosos, com pós-graduação, professor e casados/união estável, e classe econômica B1.

Comparando os escores essencial e geral com as Estratégias de Saúde da Família, obtém-se divergências de valores por ESF. As ESF 01, 04, 07 e 24 possuem escores essenciais acima de 7,0, enquanto as ESF 01, 07,13 e 24 possuem escores gerais acima de 7,0. Em contrapartida, ESF 09,10, 15 e 19 com baixo escore essencial e ESF 06, 09, 10, 15, 19, 20 com baixo escore geral. As ESF

com alto escore essencial e geral estão nas comunidades de maior nível de escolaridade, melhor poder aquisitivo, condições mais adequadas de habitação, e maior acesso ao campo de trabalho. Enquanto os escores essencial e geral com baixo valor estão nas comunidades de menor poder aquisitivo, de menor escolaridade, maior nível de desemprego.

7 CONCLUSÃO

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, na visão dos cuidadores de crianças menores de dois anos, proporcionou a reflexão sobre os serviços de saúde integral prestado às crianças.

Concluiu-se que maioria dos atributos da APS, embora estejam presentes, necessitam ser aprimorados. Já os escores essencial e geral, apresentaram-se satisfatórios.

O estudo revela alto grau de afiliação entre os cuidadores e a Unidade Básica de Saúde as quais eles pertencem. Os atributos: Acesso de Primeiro Contato-Utilização, Coordenação-Integração de Cuidados e Integralidade-Serviços disponíveis pontuaram escores satisfatórios, enquanto Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade escores insatisfatórios, e os demais atributos, escores próximos da média, mas também inferiores ao recomendado.

Os cuidadores das crianças menores de dois anos entendem a APS como porta de entrada do Serviço de Saúde e essa estendida aos serviços especializados. Ao mesmo tempo em que identificam barreiras no acesso ao serviço de saúde, como por exemplo, a não existência de serviço de telefonia para acesso ao usuário e dificuldade de conseguir atendimento médico no serviço. Dessa forma, faz-se necessário melhorar o acesso de primeiro contato no quesito Acessibilidade, diminuindo as barreiras entre os usuários e as Unidades Básicas de Saúde.

Os profissionais realizam escuta, respondem de forma que os cuidadores entendam, disponibilizam tempo suficiente e deixam os cuidadores à vontade, porém se mantêm distante no que se refere a conhecer as famílias e suas dificuldades, sejam financeiras ou pessoais, o que dificulta a criação do vínculo. A referência e contra referência acontece de forma a beneficiar a assistência, os profissionais encaminham aos serviços especializados e recebem as orientações dos mesmos, que os profissionais atendem utilizando a caderneta de vacinação e prontuário.

A prevenção e promoção de saúde, pilares do Sistema Único da Saúde, um dos compromissos da ESF, é evidenciada nos serviços disponíveis e prestados, com ressalva para deficiência nos serviços de atenção secundária, como atenção, realização de suturas, aconselhamento de uso de álcool e outras drogas e programas de suplementação nutricional.

As ESFs com escores mais elevados estão localizadas nas comunidades de melhores condições socioeconômicas, melhores condições de habitação, saneamento e educação.

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de parâmetro para auxiliar na reorganização da ESF, visando melhorar o acesso de primeiro contato-acessibilidade, na busca da saúde da criança de forma integral. As limitações do estudo estão no fato da pesquisa ter sido apenas com cuidadores, não sendo avaliado na versão gestor, e profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. V. B. Apresentação. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. p. 1-4.

AMORIM, D. G.; ADAM, T.; AMARAL, J. J. F. *et al.* Integrated management of Childhood Illness: efficiency of primary health in Northeast Brazil. **Rev Saúde Pública.**, v. 42, n. 2, p. 183-90, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200001. Acesso em: 10 abr. 2019

ARAÚJO, L.U. A.; GAMA, Z. A. S.; NASCIMENTO, F. L. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 19, n. 8, p. 3521-32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

ASSIS, W.D.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.S. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n.1, p. 38-46, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100006&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 abr. 2019.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery** (impr.), v.15, n.4, p. 802-810, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400020. Acesso em: 21 set. 2019.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva.**, v. 12, n. 4, p. 929-34, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014. Acesso em: 10 mar. 2019

BOSI, M. L. M.U.; YUMI, k. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.41, n.1, p.150-153, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012b. p.59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria GM nº 1130**, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 18 de out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf . Acesso em: 21 abr.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019

BRASIL. 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 Toll PCAtool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.p 82.

BRASIL. 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 (DF), 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, n. 125, 2011. Seção 1, p. 61. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 01 mar. 2018.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600000575> acesso em: 25 jun. 2019.

CAMPOS, R.M.C.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.3, p.566-574, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CASTANHEIRA, E.R.L. *et al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude soc.** [online]. v.20, n.4, p. 935-947, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400011&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 21 mar. 2019.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I. *et al.* Avaliação de a presença e extensão dos atributos da Atenção primária em Curitiba. Ver. **Bras Med Fam Cominidade[Internt]**,v. 8, n. 29, p. 294-3-3, 2013. Disponível em: <http://rbm.org.br/index/php/rbmfc/view/828>. Acesso em: 15 set. 2019

COSTA, A. J. L.; KATE, P. L.; VERMELHO, L.L. **Indicadores de saúde.** Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. cap 3, p. 31-82.

DEL CIAMPO, L.A. *et al.* O Programa Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.739-743, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

DONABEDIAN, A. The defintion of quality and approaches to its assisment. In: Explorations in quality assesmentand monitoring. **Michigan:** Health Administration Pres., v. 1, 1980. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1567/the-definition-of-quality-and-approaches-to-its-assessment-vol-1-explorations-in-quality-assessment-and-monitoring>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de La Salud:** Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1988. Disponível em: <https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/907> Acesso em: 10 abr. 2018.

DUNCAN, B. B. *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 156, p. 1-13, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/>. Acesso: 10 abr. 2018.

ELIAS, P. E.; PEREIRA, C. W.; ALVES, M. C.G. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estado de exclusão social no município de São Paulo. **Cienc Saúde Colet.**,v. 11, n. 3, p. 633-41, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/3079.pdf> . Acesso em: 02 set. 2019

FADEL M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Rev Adm Pública**, v. 43, n. 1, p.7-22, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122009000100002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 maio. 2019.

FIGUEIRO, A. C.; FRIAS, P.G.; NAVARO, L.M. **Avaliação em Saúde:** conceitos básicos para a prática nas Instituições. In: Samico I; Felisberto E; Figueiró AC; Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p.01-13 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000078&pid=S1519-3829201000050001500002&lng=pt. Acesso em: 20 jun. 2019

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. **Epidemiol Serv Saúde [Internet]**, v. 22, n. 1, p. 41-8, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100004. Acesso em: 20 ago. 2019.

FRACOLLI, L.A.; GOMES, M.F.P.; NABÃO, F.R.Z. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Cien Saude Colet.**, v. 19, n.12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204851&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 02 set. 2019

FRIAS, P.G.; MULLACHERY, P.H.; GIUGLIANI, E.R.J. **Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras:** breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos do SUS. Brasília, 2009. Parte I, Cap 3, p. 85-110. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000087&pid=S1519-3829201100040001300006&lng=pt. Acesso em: 02 set. 2019.

FUGIMORI, E.; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.** São Paulo: Manole; 2009.

FURTADO, M. C. C.; MELO, D. F.; PINA, J. C. *et al.* Atuação da enfermagem nas redes de atenção à criança. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinoswki CE, Crozeta K, organizadores. **PROENF** Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 3. Porto Alegre (RS): Artmed Panamericana.,v.4, p.41-82. 2015.

GOMES, E. S.; COSTA FILHO, J. **Historicidade da infância no Brasil.** El Futuro del Pasado. [Internet]. 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4260556.pdf> .Acesso em: 10 abr. 2018.

HARZHEIM, E. *et al.* Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool(PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Publica.**,v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013 Acesso em: 10 maio. 2019

IBANÉZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.*et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Cienc Saúde Colet.**,v.11, n. 3, p. 683-703, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Título Picos, Piauí, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/picos/panorama> Acesso em: 08 ago. 2019.

KUANG, L. *et al.* Family practice and the quality of primary care: a study of Chinese patients in Guangdong Province. **Family Practice**, v. 32, n.5, p.557-563, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26232722>. Acesso em: 10 out. 2018.

LEITE, G. B.; BERCINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. **Cienc. cuid. saúde.**, v.4, n. 3, p. 224-30, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000149&pid=S0103-0582201000010001800042&lng=pt Acesso em: 02 jul. 2019.

LIM, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C. *et al.* An assessment of primary care attributes from the perspective of female health care users. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 553-9, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf. Acesso em: 22 maio. 2018

LIMA, G. G. T.; SILVA, M. F. O. C.; COSTA, T. N. A. *et al.* Registro do Enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Rev Rene.**, v.10, n. 3, p. 117-24, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/4827/3563> Acesso em: 10 set. 2018

MACINKO, J. A. C. E. **Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis:** teste de uma metodologia. *Saúde Debate*, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=394027&indexSearch=ID>. Acesso em: 02 set. 2019.

MARTINEZ, D.H.; NAVARRETE, M.L.; LORENZO, I.V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac Sanit.**, v. 23, n.4, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108000034> Acesso em: 15 jun. 2019.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>. Acesso em: 10 maio. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança.** Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2008, 224p.

OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

OFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved health system performance through better care coordination. **Paris: OECD.**, 2007. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improved-health-system->

performance-through-better-care-coordination_246446201766. Acesso em: 10 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2008: Atenção Primária em Saúde. Agora mais do que nunca.** Genebra: OMS; 2008

PAIVA, S. M. A.; GOMES, E. L. R. Hospital care: assessment of users' satisfaction during hospital stay. **Rev Lat Am Enfermagem** [Internet]. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500014. Acesso em: 15 abr. 2018.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 7, n. 1, p. 75-82, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100009 Acesso em: 10 abr. 2019.

PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. RJ-IMS-VERJ-ABRASCO, 2001.

POLIEZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 548-51, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400014 Acesso em: 10 abr. 2019.

PRADO, S. R. L. A. **Integralidade:** um estudo a partir da Atenção Básica à Saúde da criança em modelos assistenciais distintos. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005. 125 p.

RIBEIRO, S. P.; OLIVEIRA, D.; FERNANDES, S. L. S. A. *et al.* O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. **Rev Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 89-95.2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a14.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

RIBEIRO, M. O. *et al.* Desenvolvimento infantil: A criança nas diferentes etapas de sua vida. In: FUJIMORI, Elizabeth. OHARA, Conceição Vieira da Silva. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.** 1º edição. Barueri, SP: Editora Manole Ltda, 2009, p. 61-90.

SANTOS, S.M.S. **Estratégia saúde da família:** qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) Universidade do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract.**, v.50, p.161-75, 2001. Disponível em: <https://go.galegroup.com/ps/anonymou?id=GALE%7CA71403442&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00943509&p=AONE&sw=w> Acesso em: 10 mar. 2019.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]., v.26, n.6, p. 1187-1193, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000600012&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 10 mar. 2019.

SILVA, C. S. O.; FONSECA, A. D. G.; SOUZA, L. P.S. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 19, n. 11, p.4407-15, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n11/4407-4415/> Acesso: 10 set. 2019.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate.**,v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400692 .Acesso em: 02 set. 2019.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm.**, v. 42, n. 1, p.48-56., 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28\(2\)042.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28(2)042.pdf) Acesso em: 02 set. 2019.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto Contexto Enfermagem.**, v. 20, n.1, p. 263-271, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500033. Acesso em:02 set. 2019.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice.**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em: <https://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA71403442&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00943509&p=AONE&sw=w>. Acesso em: 10 mar. 2019.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.**,v.83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>. Acesso em:10 abr. 2019.

STARFIELD, B. **Primary Care:** concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice.**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em: <https://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA71403442&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00943509&p=AONE&sw=w>. Acesso em: 10 abr. 2019.

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

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2008. p. 215-243.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Leves e trends in child mortality**. Report 2015. New York: United Nations Children's Fund, 2015. 34p.

VASCONCELOS, V. M.; FROTA, M. A.; MARTINS, M. C.; MACHADO, M. M. T. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 326-31, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/17>. Acesso em: 10 mar. 2018.

VIANA, L. M. M. Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias. Universidade do Piauí; 2012. p. 127.

VOLPRATO, LF.; MENEGLII, M.C; PEREIRA, A.C. *et al.* Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1561-72, 2010. Disponível: <https://www.scielosp.org/article/csp/2010.v26n8/1561-1572> Acesso em: 10 set. 2019.

WATSON, D.E. *et al.* **A results-based logic model for primary health care**: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2004.

APÊNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
 PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APENDICE A- INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

CÓDIGO _____ DATA:

_____/_____/_____

UBS: _____

ENTREVISTADO:

1. Grau de Parentesco: () Mãe () Pai () Avó/Avô () Outros

2. Idade (anos) _____

3. Sexo: () Masculino () Feminino

4. Cor: () negra () branca () amarela () parda.

5. Escolaridade (computada em anos de estudo): _____

6. Religião: _____

6. Ocupação: _____

7. Estado civil: _____

7. Classe econômica: _____

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	9.263
Classe B1	5.241
Classe B2	2.654
Classe C1	1.685
Classe C2	1.147
Classe DE	776

FONTE: ABEP, 2015

DADOS DA FAMÍLIA:

Regra de classificação - 2015

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domesticos	0	3	7	10	13
Automoveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2
Escolaridade do chefe da família		Serviços públicos			
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0			Não	Sim
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1				
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	Água encanada	0	4	
Médio completo / Superior incompleto	4	Rua pavimentada	0	2	
Superior completo	7				
		PONTOS DE CORTE			
		A	45-100		
		B1	38-44		
		B2	29-37		
		C1	23-28		
		C2	17-22		
		DE	0-16		

FONTE: ABEP,2015



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
(CUIDADORES MAIORES DE 18 ANOS)**

Dados da pesquisa e do pesquisador:

Título: Qualidade do Serviço de Puericultura na Atenção Primária em um município do nordeste brasileiro

Objetivo: Avaliar a Qualidade do Serviço de Puericultura ofertado na Atenção Primária em Saúde

Pesquisador Responsável: Kéllya Rhawyllssa Barros Luz

Instituição/departamento: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Nucleadora UFPI

Telefone para contato (inclusive à cobrar): (89) 9 9975-5990

E-mail: kellyaluz@hotmail.com

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. O(a) senhor(a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o(a) senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

Meu nome é Kéllya Rhawyllssa Barros Luz, sou enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Picos e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre a avaliação da qualidade das consultas que sua criança realiza nos postos de saúde aqui de Picos, cujos dados serão coletados por mim e por acadêmicos de enfermagem.

É importante avaliar a consulta, para diante dos dados encontrados, modificar atos e atitudes dos profissionais e família, de forma a promover saúde de maneira eficaz.

Caso aceite, iremos preencher um formulário com o(a) senhor(a) para obter informações sobre características socioeconômicas da família, e quanto ao serviço de puericultura recebido na Unidade Básica de Saúde ou em domicílio.

Riscos: Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Nesta, entretanto, acredita-se que os riscos sejam mínimos e esse existindo, esteja relacionado ao constrangimento em responder o instrumento e quanto ao sigilo das informações. Para tanto, o momento de aplicação do instrumento será feita numa sala reservada, com o participante sentado, de forma clara, objetivando diminuir qualquer desconforto ou constrangimento.

Benefícios: Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados advindos da pesquisa serão de grande valia para intervenção e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, buscando o maior conhecimento principalmente sobre os atributos da APS e proporcionando o aperfeiçoamento da assistência prestada ao usuário do serviço.

O(a) senhor(a) terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

A pesquisa é isenta de custos para o(a) senhor(a), e lhe asseguro de que diante de qualquer custo, o(a) senhor(a) será devidamente ressarcido. O(a) senhor(a) não receberá dinheiro para participar desta pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Qualidade do serviço de puericultura na atenção primária em um município do nordeste brasileiro, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com pesquisador sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local _____ e _____ data _____

Nome _____ e Assinatura _____ do _____ sujeito _____ ou _____ responsável: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

Rua Cicero Eduardo, S/N Bairro: Junco CEP: 64.600-000 Cidade: Picos - PI

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

Telefone: (89) 3422-3003

Secretária: Paula Tamires



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (PAIS DOS
CUIDADORES MENORES DE 18 ANOS)**

Dados da pesquisa e do pesquisador:

Título: Qualidade do serviço de puericultura na atenção primária em um município do nordeste brasileiro

Objetivo: Avaliar a qualidade do serviço de puericultura ofertado na atenção primária em saúde

Pesquisador Responsável: Kéllya Rhawyllssa Barros Luz

Instituição/departamento: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/
Nucleadora UFPI

Telefone para contato (inclusive à cobrar): (89) 9 9975-5990

E-mail: kellyaluz@hotmail.com

A sua filha está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. O(a) senhor(a) precisa decidir se permite que ela participe ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o(a) senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

Meu nome é Kéllya Rhawyllssa Barros Luz, sou enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Picos e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre a avaliação da qualidade das consultas que sua criança realiza nos postos de saúde aqui de Picos, cujos dados serão coletados por mim e por acadêmicos de enfermagem.

É importante avaliar a consulta, para diante dos dados encontrados, modificar atos e atitudes dos profissionais e família, de forma a promover saúde de maneira eficaz.

Caso aceite, iremos preencher um formulário com o(a) senhor(a) para obter informações sobre características socioeconômicas da família, e quanto ao serviço de puericultura recebido na Unidade Básica de Saúde ou em domicílio.

Riscos: Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Nesta, entretanto, acredita-se que os riscos sejam mínimos e esse existindo, esteja relacionado ao constrangimento em responder o instrumento e quanto ao sigilo das informações. Para tanto, o momento de aplicação do instrumento será feita numa sala reservada, com o participante sentado, de forma clara, objetivando diminuir qualquer desconforto ou constrangimento.

Benefícios: Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados advindos da pesquisa serão de grande valia para intervenção e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, buscando o maior conhecimento principalmente sobre os atributos da APS e proporcionando o aperfeiçoamento da assistência prestada ao usuário do serviço.

O(a) senhor(a) terá o direito de desligar sua filha da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se o(a) senhor(a) concordar com a participação da sua filha no estudo, o nome e identidade dela serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso às informações dela para verificar as informações do estudo.

A pesquisa é isenta de custos para sua filha, e lhe asseguro de que diante de qualquer custo, sua filha será devidamente ressarcida. Sua filha não receberá dinheiro para participar desta pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo com a participação da minha filha no estudo Qualidade do serviço de puericultura na atenção primária em um município do nordeste brasileiro. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com pesquisador sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a participação da minha filha é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local _____ e _____ data _____

Nome _____ e Assinatura _____ do sujeito ou responsável:

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Rua Cicero Eduardo, S/N Bairro: Junco CEP: 64.600-000 Cidade: Picos - PI

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

Telefone: (89) 3422-3003 Secretária: Paula Tamires



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**APÊNDICE D - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
(CUIDADORES MENORES DE 18 ANOS)**

Dados da pesquisa e do pesquisador:

Título: Qualidade do serviço de puericultura na atenção primária em um município do nordeste brasileiro

Objetivo: Avaliar a qualidade do serviço de puericultura ofertado na atenção primária em saúde

Pesquisador Responsável: Kéllya Rhawyllssa Barros Luz

Instituição/departamento: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/
Nucleadora UFPI

Telefone para contato (inclusive à cobrar): (89) 9 9975-5990

E-mail: kellyaluz@hotmail.com

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Meu nome é Kéllya Rhawyllssa Barros Luz, sou enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Picos e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre a avaliação da qualidade das consultas que sua criança realiza nos postos de saúde aqui de Picos, cujos dados serão coletados por mim e por acadêmicos de enfermagem.

É importante avaliar a consulta, para diante dos dados encontrados, modificar atos e atitudes dos profissionais e família, de forma a promover saúde de maneira eficaz.

Caso aceite, iremos preencher um formulário com o(a) senhor(a) para obter informações sobre características socioeconômicas da família, e quanto ao serviço de puericultura recebido na Unidade Básica de Saúde ou em domicílio

Riscos: Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Nesta, entretanto, acredita-se que os riscos sejam mínimos e esse existindo, esteja relacionado ao constrangimento em responder o instrumento e quanto ao sigilo das informações. Para tanto, o momento de aplicação do instrumento será feita numa sala reservada, com o participante sentado, de forma clara, objetivando diminuir qualquer desconforto ou constrangimento.

Benefícios: Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados advindos da pesquisa serão de grande valia para intervenção e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, buscando o maior conhecimento principalmente sobre os atributos da APS e proporcionando o aperfeiçoamento da assistência prestada ao usuário do serviço.

Você terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

A pesquisa é isenta de custos para você, e lhe asseguro de que diante de qualquer custo, você será devidamente ressarcido. Você não receberá dinheiro para participar desta pesquisa.

Assentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Qualidade do serviço de puericultura na atenção primária em um município do nordeste brasileiro, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com pesquisador sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local _____ e _____ data _____

Nome _____ e Assinatura _____ do sujeito ou responsável:

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TALE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Assentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Rua Cicero Eduardo, S/N Bairro: Junco CEP: 64.600-000 Cidade: Picos - PI

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

Telefone: (89) 3422-3003

Secretária: Paula Tamires

ANEXOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
ANEXO A- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-BRASIL-VERSÃO CRIANÇA

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ("consulta de rotina"), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <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) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	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) "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"/>
C3 - É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA ("consulta de rotina") no(a) "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"/>
C4 - Quando você chega no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	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 "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" 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 "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" 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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	4 <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"/>

Continua...

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

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 - O "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 - 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"/>

**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 (**Passa para a questão F1**)
 Não sei / não lembro (**Passa 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	Provavelmente, sim	Provavelmente, 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 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"/>
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" 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"/>
I5 - O seu/ sua "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento 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, alcoolismo, 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"/>



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO B - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DADOS SEGUNDO INSTRUMENTO
DO PCATool, BRASIL

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.

1º 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).

2º 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:

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

$$\text{Ou Seja:} \quad \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

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.

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DO SERVIÇO DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Kéllya Rhawyllssa Barros Luz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03837418.8.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.086.566

Apresentação do Projeto:

A puericultura consiste em um conjunto de regras e noções sobre a arte de cuidar fisiológica e higienicamente das crianças, visando uma assistência individualizada, cuja prioridade é o bem estar da criança, em função das condições de vida de sua família e da sociedade onde está inserida. O Ministério da Saúde a fim de garantir à assistência a criança recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde funciona como uma ferramenta fundamental para auxiliar, através de feedback, nas decisões dos gestores no tocante a implementação, ao processo e aos resultados alcançados frente aos programas de saúde. Atenção Primária a Saúde é o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela presença de quatro atributos essenciais (acesso no primeiro contato com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do sistema) e três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural), princípios que compõem a dimensão total da Atenção Primária. A relevância da pesquisa pauta na necessidade de avaliar periodicamente dos serviços de saúde, tendo em contrapartida alcance prático com a reflexão dos resultados, permitindo posterior planejamento de estratégias de intervenção nos serviços.

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

UF: PI

Telefone: (89)3422-3003

Município: PICOS

CEP: 64.607-670

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 3.088.568

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o Serviço de Puericultura ofertado na Atenção Primária em Saúde.

Específicos:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos pais e/ou responsáveis das crianças menores de dois anos que comparecem para acompanhamento da puericultura;
- Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS prestado as crianças menores de dois anos, na perspectiva dos pais e /ou cuidadores, utilizando o escore essencial e geral;
- Verificar a associação entre perfil sociodemográfico dos pais e/ou responsáveis das crianças menores de dois anos e os escores dos atributos da APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Nesta, entretanto, acredita-se que os riscos sejam mínimos e esse existindo esteja relacionado ao constrangimento ao responder o Instrumento e quanto ao sigilo das informações. Para tanto o momento de aplicação do Instrumento será feita numa sala reservada, com o participante sentado, de forma clara, objetivando diminuir qualquer desconforto ou constrangimento. Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados advindos da pesquisa serão de grande valia para intervenção e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, buscando o maior conhecimento principalmente sobre os atributos da APS e proporcionando o aperfeiçoamento da assistência prestado ao usuário do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados e adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOA

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picoa@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 3.000.500

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1239793.pdf	30/11/2018 13:42:43		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	30/11/2018 13:40:51	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	30/11/2018 13:40:33	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS.docx	30/11/2018 13:40:13	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO.docx	30/11/2018 13:39:58	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	30/11/2018 11:02:06	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_dados.docx	30/11/2018 11:01:30	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	28/11/2018 19:24:57	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.jpg	28/11/2018 19:08:28	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_kellya.docx	28/11/2018 17:52:49	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.jpg	28/11/2018 17:45:35	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.jpg	28/11/2018 17:45:03	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	28/11/2018 17:31:22	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	03/11/2018 14:40:27	Kéliya Rhawylissa Barros Luz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: CICERO DUARTE 005

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (86)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Processo: 3.006.588

PICOS, 16 de Dezembro de 2018

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.807-670

UF: PI Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

ANEXO D- ARTIGO CIENTÍFICO DA DISSERTAÇÃO

Qualidade do serviço de puericultura na atenção primária em um município do

Nordeste Brasileiro

Quality of primary care for culture in a Northeast Brazilian city

Calidad de la atención primaria para la cultura en una ciudad Brasileña del

Noreste

Kéllya Rhawyllssa Rarros Luz¹

Luisa Helena de Oliveira Lima²

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI. CEP: 64000-020. E-mail: kellyaluz@hotmail.com. Teresina Piauí, Brasil.

²Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí. Teresina Piauí, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos cuidadores das crianças menores de dois anos, atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Estudo de caráter transversal e descritivo com 261 cuidadores. Os dados foram coletados utilizando-se do Instrumento de Caracterização das Famílias e do PCATool-Brasil, versão criança. Os dados foram tabulados e analisados utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*, versão 22. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde, parecer nº 3.086.566. **Resultados:** Os atributos: Acesso de Primeiro Contato-Utilização, Coordenação-Integração de Cuidados e Integralidade-Serviços disponíveis pontuaram escores satisfatórios, enquanto Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade escores insatisfatórios, e os demais atributos escores próximos da média, mas também inferiores ao recomendado. **Conclusão:** Concluiu-se que embora a maioria dos atributos da APS estejam presentes, necessitam ser aprimorados. Já os escores essencial e geral apresentaram-se satisfatórios. **Implicações para a prática.** Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de parâmetro para auxiliar na reorganização da ESF visando melhorar o acesso de primeiro contato-acessibilidade, na busca da saúde da criança de forma integral.

Palavras-chaves: Puericultura; Atenção Primária a Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde.

RESUMEM

Objetivo: Evaluar la presencia y extensión de los atributos de APS, desde la perspectiva de los cuidadores de niños menores de dos años, tratados en la Estrategia de Salud Familiar. **Método:** Estudio transversal y descriptivo con 261 cuidadores. Los datos fueron recolectados usando el Instrumento de Caracterización Familiar y la versión infantil PCATool-Brasil. Los datos se tabularon y analizaron utilizando el paquete estadístico para el software SPSS de Ciencias Sociales, versión 22. La investigación siguió todos los preceptos éticos del Consejo

Nacional de Salud, Opinión No. 3,086,566. **Resultados:** Los atributos: First Contact Access-Utilization, Coordination-Care Integration, and Comprehensive-Services available obtuvieron puntajes satisfactorios, mientras que los puntajes de First Contact Accessibility-Accessibility no fueron satisfactorios, y los otros atributos estuvieron cerca del promedio pero también fueron más bajos de lo recomendado. **Conclusión:** Se concluyó que aunque la mayoría de los atributos de APS están presentes, deben mejorarse. Los puntajes esenciales y generales fueron satisfactorios. **Implicaciones para la práctica.** Se espera que los resultados de este estudio sirvan como un parámetro para ayudar en la reorganización de la FHS con el objetivo de mejorar el acceso de primer contacto y accesibilidad en la búsqueda de la salud de los niños de una manera integral.

Palabras-clave: Cuidado de niños; Atención primaria de salud; Evaluación de servicios de salud.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence and extension of PHC attributes, from the perspective of caregivers of children under two years of age, treated at the Family Health Strategy. **Method:** Cross-sectional and descriptive study with 261 caregivers. Data were collected using the Family Characterization Instrument and the PCATool-Brasil, child version. Data were tabulated and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences-SPSS software, version 22. The research followed all ethical precepts of the National Health Council, Opinion No. 3,086,566. **Results:** The attributes: First Contact Access-Utilization, Coordination-Care Integration and Comprehensive-Services available scored satisfactory scores, while First Contact Accessibility-Accessibility scores were unsatisfactory, and the other attributes were close to average but also lower than recommended. **Conclusion:** It was concluded that although most PHC attributes are present, they need to be improved. The essential and general scores were satisfactory. **Implications for practice.** The results of this study are expected to

serve as a parameter to assist in the reorganization of the FHS aiming at improving first contact-accessibility access in the pursuit of children's health in an integral way.

Keywords: Childcare; Primary Health Care; Health Services Evaluation.

INTRODUÇÃO

A puericultura tem como objetivo promover o acompanhamento sistemático da criança, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta, a fim de promover e manter a saúde, reduzir incidências de doenças e aumentar as chances desta crescer e se desenvolver de modo a alcançar todo o seu potencial¹.

A qualidade dos serviços de saúde depende da responsabilidade do profissional e da sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolve²⁻³. A avaliação dos serviços de saúde vem ganhando centralidade em virtude da necessidade de informação sobre seu funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Essas informações são indispensáveis para tomada de decisões frente aos programas de saúde tendo em vista atender aos princípios de universalidade do acesso, qualidade da atenção prestada e viabilidade econômica, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

A Atenção Primária a Saúde abrange quatro atributos essenciais: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e três atributos derivados: a orientação comunitária, a orientação familiar e a competência cultural. Entre os atributos essenciais para a APS e, conseqüentemente, para a ESF, destaca-se a longitudinalidade, que tem visa o acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo⁵.

A relevância da pesquisa pauta na necessidade de avaliar o serviço de puericultura periodicamente utilizando para isso a tríade da assistência à saúde, na visão do usuário, dos

profissionais e dos gestores. O estudo poderá ter alcance prático imediato com a reflexão dos resultados colhidos pelo pesquisador diante dos participantes, permitindo, em outro momento, o planejamento de estratégias de intervenção nos serviços, apontando contribuições para as ações cujas perspectivas sejam a integralidade do cuidado.

A implantação da Consulta de Puericultura no cenário da pesquisa deu-se há 5 anos em parceria com o Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde, professores e alunos da Universidade Federal do Piauí, Campus Picos. Na época realizou-se oficina de capacitação da temática e implantação de fichas apropriadas ao Programa, com participação dos enfermeiros das ESF da cidade de Picos-PI, e demais membros da equipe. A intencionalidade em realizar o presente estudo parte da experiência enquanto enfermeira da ESF, e participante na época dessa capacitação, avaliar a adesão de implantação do serviço de puericultura, bem como avaliar a qualidade do serviço de puericultura oferecido às famílias nessa cidade.

Diante do exposto, tem-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a situação do serviço de puericultura na Atenção Primária na cidade de Picos?

Partindo do pressuposto de que é importante avaliar a qualidade da assistência prestada na ESF, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos cuidados das crianças menores de dois anos, por meio da aplicação do PCATool, versão criança.

METODOLOGIA

Estudo de caráter transversal, descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Picos-PI. É uma cidade do sul do Estado do Piauí, localizado há 310 Km da capital Teresina, com uma população segundo IBGE(2017) de 73.414 pessoas de acordo com censo 2010, com população estimada em 78.002 pessoas e com densidade demográfica (2010)

de 137,30 hab/km², ocupando o terceiro lugar em termos populacionais. População essa distribuída em 36 Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo 24 ESF da Zona Urbana e 12 ESF da Zona Rural, com a saúde habilitada na gestão Plena do Sistema Municipal. Possui segundo IBGE (2017) 99 Estabelecimentos de Saúde cadastrados pelo Sistema Único de Saúde⁶.

A amostra estudada foi de 261 cuidadores de crianças menores de dois anos de idade que realizaram Consultas de Puericultura na ESF. Os dados foram coletados de fevereiro a junho de 2019 utilizando-se de um instrumento para caracterização das famílias composto por variáveis sociodemográficas e um instrumento de coleta de dados o PCATool-Brasil Versão Criança, criado por Starfield (2000) e validado no Brasil para uso em português por Macinko, Almeida e Oliveira (2003) nas Unidade Básica de Saúde. Esse instrumento avalia atenção primária no que tange a organização e desempenhos dos serviços. Definiu-se como critério de inclusão referente ao cuidador principal: morador/usuário de acordo com a sua área de abrangência, cadastrados na ESF cuja criança já tenha pelo menos um atendimento de puericultura realizado anteriormente. E como critério de exclusão: cuidador principal que iniciaram a entrevista, porém no decorrer da mesma optaram por não continuar.

O instrumento PCATool- Brasil, na versão criança, é composto por 55 itens, divididos em 10 componentes em relação aos atributos da APS. As respostas são em escala Likert, sendo “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). As respostas marcadas com “não sei/não lembro” foram consideradas como “provavelmente não”⁷.

Em seguida, foram calculados escores referentes a cada um dos componentes relacionados com os atributos da APS presentes no PCATool-Brasil. Esses escores foram obtidos pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõe e

transformados utilizando da seguinte fórmula: $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$, para escala de 0- 10⁷.

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais o Grau de Afiliação), dividido pelo número de componente/8 $(A + B + C + D + E + F + G + H /8)$. E o escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes e que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de afiliação), somado aos atributos derivados e dividido pelo número total de componentes $(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J/10)$ ⁷.

Após a coleta os dados, os mesmo foram tabulados por ESF. Sendo posterior analisado e identificado àquele componente com média inferior a 6,6 como resultado insatisfatório no quesito qualidade da assistência prestada na APS. Os dados foram analisados quantitativamente sob a forma de estatística descritiva de distribuição de frequências absolutas, médias, valor máximo, valor mínimo, desvio padrão sendo apresentadas em forma de tabelas e gráficos para posterior comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão. Para avaliação de distribuição normal entre as variáveis quantitativas utilizou-se o Teste de Kolmogorov- Smirnov. Para comparação dos escores médios dos atributos por grupos, utilizou-se do Teste de Kruskal-Wallis e Teste U Mann Whitney. Para todas as análises utilizou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa segue todos os preceitos éticos, em conformidade com os princípios contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que envolve participação de seres humanos. Tendo como primeiro passo a solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde, posteriormente foi encaminhado para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelo CEP, sob parecer de nº: 3.086.566 e CAAE nº 03837418.8.0000.8057.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Nesta, entretanto, acredita-se que os riscos sejam mínimos e está relacionado ao constrangimento ao responder o instrumento e quanto ao sigilo das informações. Para tanto o momento de aplicação do instrumento foi feita numa sala reservada, com o participante sentado, de forma clara, objetivando diminuir qualquer desconforto ou constrangimento.

RESULTADOS

As entrevistas ocorreram em área de abrangência de 24 Estratégias de Saúde da Família, que correspondem à zona urbana, na cidade de Picos-PI. A caracterização sociodemográfica dos participantes está apresentada na Tabela 01. A maior parte dos entrevistados foi de mães (80,1%), na faixa etária de 25 a 59 anos (67,8%) variando de 14 anos a 68 anos, do sexo feminino (91,2%), da raça parda (65,5%), com ensino médio (50,19%), católico (66,28%), do lar (40,6%), casado ou união estável (74,3%), e classe econômica DE, segundo tabela Abep, com média de R\$ 768,00 (38,7%).

Tabela 01- Caracterização Sociodemográfica dos cuidadores das crianças menores de dois anos que comparecem para acompanhamento da puericultura nas unidades básicas de saúde. Picos (PI). 2019. N:261.

	N	%	Média	Mín	Máx	Dp
Parentesco						
Mãe	209	80,10%				
Pai	18	6,90%				
Avó/Avô	19	7,30%				
Outros	15	5,70%				
Faixa Etária						
≤24 anos (Jovens)	78	29,90%	30	14	68	10
25- 59 anos (Adulto)	177	67,80%				
≥60 anos (Idoso)	6	2,30%				
Sexo						
Masculino	23	8,80%				
Feminino	238	91,20%				
Raça						
Branco	49	18,80%				
Amarela	0	0,00%				
Parda	171	65,50%				
Negra	41	15,70%				
Escolaridade						

(Continua)

Sem Escolaridade	3	1,15%
Ens Fundamental (Completo/Incompleto)	87	33,33%
Ens Médio (Completo/Incompleto)	131	50,19%
Ens Superior	39	14,94%
Pós-Graduação	1	0,38%
Religião		
Sem Religião	14	5,36%
Evangélico	61	23,37%
Católico	173	66,28%
Urbanismo	3	1,15%
Protestante	8	3,07%
Testemunha de Jeová	2	0,77%
Ocupação		
Doméstico	28	10,70%
Dona de Casa	106	40,60%
Lavadora	18	6,90%
Vendedora	10	3,80%
Professor	17	6,50%
Estudante	26	10,00%
Outros	56	21,50%
Estado Civil		
Casado/União Estável	194	74,30%
Solteiro/Divorciada/Separada	67	25,70%
Classe econômica		
A	1	0,40%
B1	13	5,00%
B2	17	6,50%
C1	36	13,80%
C2	93	35,60%
DE	101	38,70%

Fonte: Pesquisa Direta

A tabela 02 apresenta a avaliação dos atributos da APS. Em relação ao atributo Acesso de Primeiro Contato-Utilização(B), destacou-se que 72,4% dos entrevistados afirmam ir ao serviço de saúde. No atributo Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade(C), 41,9% referem que precisa esperar muito tempo para marcar hora no serviço, 48,8% referem que existe dificuldade no atendimento médico na UBS e 67,3% não conseguem aconselhamento por telefone.

Em relação ao Atributo Longitudinalidade (D) 83,1% responderam que sempre é o mesmo profissional que atende a criança no serviço de saúde 86,5% referem entender o que o profissional diz ou pergunta, 83,8% que o profissional responde suas perguntas de maneira

clara, 42,7% responde que o profissional não conhece bastante suas famílias, 49,2% que os profissionais não sabem quais os problemas de saúde mais importantes para a família.

Em relação à Coordenação- Integração de Cuidados (E) destacou-se que 65,9% dos entrevistados em algum momento foram encaminhados ao serviço com especialista. No atributo Coordenação- Sistema de Informação (F) 93,1% responderam que levam a caderneta de vacinação nas consultas, 84,2% o prontuário está sempre disponível nas consultas,

No atributo Integralidade- Serviços Disponíveis (G) 92,2% referem ter acesso às vacinas, 76,2% tem acesso aos programas sociais, 77,5% tem conhecimento do planejamento familiar e métodos anticoncepcionais. Em contrapartida, 60,7% referem não ter conhecimento de programas de suplementação nutricional, 63,1% dizem que não está disponível nos serviços de saúde a realização de suturas. No atributo Integralidade-Serviços Prestados (H) tem-se como resultados que 92,7% dos entrevistados referem receber orientação para manter a criança saudável, e 83,5% recebem orientações sobre mudanças de crescimento e desenvolvimento.

No atributo Orientação Familiar (I) 50,4% referem que o profissional questiona sobre suas ideias e opiniões e que 62,7% o profissional questiona sobre doenças da família. E por fim no atributo Orientação Comunitária (J) 79,4% referem receber visitas domiciliares e que 36,1% não recebem convites para participação em conselhos de saúde.

Tabela 02 – Avaliação dos atributos pelos cuidadores de crianças menores de dois anos. Picos (PI). 2019. N:261

	Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B)				
	Com Certeza , não	Provavelmente , Não	Provavelmente (Continuação) , sim	Com certeza , sim	Não sei, não lembro
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outra para uma consulta de rotina.	9,20%	3,40%	14,90%	72,40 % (Continua)	0,00%
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outra para um novo problema.	11,10%	5,00%	24,90%	59,00 %	0,00%

O seu serviço de saúde encaminha obrigatoriamente a um especialista	16,50%	5,40%	29,50%	48,30%	0,40%
Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade (C)					
O Serviço de saúde atende no mesmo dia	7,70%	7,70%	16,20%	68,50%	0,00%
Espera muito tempo para marcar hora no serviço	30,40%	20,00%	7,70%	41,90%	0,00%
È fácil marcar consulta de rotina	24,60%	7,30%	23,50%	44,60%	0,00%
Tem que esperar mais que 30 min para as consultas	48,10%	26,20%	6,50%	19,20%	0,00%
Dificuldade em conseguir atendimento médico no serviço	28,50%	15,80%	6,90%	48,80%	0,00%
Consegue aconselhamento por telefone	67,30%	5,80%	11,50%	15,40%	0,00%
Longitudinalidade (D)					
È o mesmo profissional que atende a criança no serviço	4,20%	2,30%	10,00%	83,10%	0,40%
Pode telefonar para falar com o profissional no serviço	61,20%	4,20%	10,40%	24,20%	0,00%
O profissional entende o que você diz ou pergunta	1,50%	2,70%	9,20%	86,50%	0,00%
O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda	1,50%	2,30%	12,30%	83,80%	0,00%
O profissional lhe dá tempo suficiente para falar sobre os problemas	7,70%	3,80%	9,20%	79,20%	0,00%
Você se sente a vontade para falar dos problemas com sua criança ao profissional	3,50%	1,90%	10,00%	84,60%	0,00%
O profissional conhece a criança como pessoa mais do que como um problema de saúde	13,50%	11,90%	15,00%	59,60%	0,00%
O profissional conhece a história clínica da criança	14,20%	9,60%	21,50%	54,60%	0,00%
O profissional sabe dos medicamentos que a criança toma	17,30%	7,70%	17,30%	57,70%	0,00%
Você mudaria para outro serviço de saúde de fosse fácil	70,40%	8,80%	10,00%	10,80%	0,00%
O profissional conhece sua família bastante	42,70%	15,40%	15,80%	26,20%	0,00%
O profissional sabe quais os problemas de saúde mais importantes para família	49,20%	14,60%	15,40%	20,80%	0,00%
O profissional sabe do trabalho dos familiares	56,50%	16,50%	11,50%	15,40%	0,00%
O profissional saberia se você	49,60%	16,90%	10,80%	22,30%	0,40%

tivesse dificuldade em obter ou pagar medicamento para sua criança

%

	Coordenação – Integração de Cuidados (E).				
	Sim	Não	Não sei		
Sua criança foi encaminhada ao especialista	65,90%	33,30%	0,80%	0,00%	0,00%
	Com Certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Não sei, não lembro
Houve indicação do seu serviço a um especialista	45,30%	1,20%	10,50%	41,90%	1,20%
O profissional do seu serviço sabe da consulta com o especialista	19,80%	8,10%	11,60%	60,50%	0,00%
O profissional do seu serviço soube dos resultados da consulta com o especialista	25,60%	5,80%	8,10%	58,10%	2,30%
Depois da consulta com o especialista o profissional do seu serviço conversou com você	24,40%	5,80%	9,30%	58,10%	2,30%
O profissional do seu serviço mostrou-se interessado na consulta com o especialista	25,60%	4,70%	11,60%	54,70%	3,50%
	Coordenação- Sistema de Informação (F).				
Você leva a caderneta de vacinação nas consultas	0,80%	0,80%	5,00%	93,10%	0,40%
O prontuário da criança esta sempre disponível nas consultas	1,50%	1,20%	12,70%	84,20%	0,40%
Você tem acesso ao prontuário	10,00%	18,10%	18,50%	53,30%	0,00%
	Integralidade – Serviços Disponíveis (G).				
Vacinas	3,30%	0,40%	4,10%	92,20%	0,00%
Programa de assistência social	4,90%	6,10%	12,70%	76,20%	0,00%
Planejamento Familiar	2,00%	4,10%	16,00%	77,50%	0,40%
Programa de suplementação nutricional	60,70%	23,80%	9,40%	5,30%	0,80%
Aconselhamento ou tratamento do uso prejudicial de drogas	7,00%	23,80%	38,50%	30,70%	0,00%
Aconselhamento para problemas de saúde mental	9,40%	20,10%	43,90%	25,80%	0,80%
Suturas de pontos	63,10%	20,90%	9,00%	7,00%	0,00%
Aconselhamento e testes Anti-HIV	2,90%	2,50%	9,00%	85,70%	0,00%
Identificação de problemas visuais	49,20%	22,10%	11,50%	16,80%	0,40%

Integralidade – Serviços Prestados (H).					
Orientação para manter criança saudável	1,50%	0,80%	5,00%	92,70 %	0,00%
Segurança no lar	9,20%	1,50%	9,20%	79,70 %	0,40%
Mudanças do crescimento e desenvolvimento	3,10%	2,30%	11,10%	83,50 %	0,00%
Maneiras de lidar com os problemas de comportamento	5,40%	2,70%	12,30%	78,90 %	0,80%
Maneiras de manter criança segura	10,00%	3,80%	13,80%	72,00 %	0,40%
Orientação Familiar (I)					
O profissional questiona sobre suas ideias e opiniões	31,70%	8,70%	8,30%	50,40 %	0,80%
O profissional questionou sobre doenças da família	23,00%	4,80%	8,70%	62,70 %	0,80%
O profissional se reuniria com a sua família caso achasse necessário	19,80%	20,20%	21,40%	38,10 %	0,40%
Orientação Comunitária (J)					
Alguém do seu serviço faz visitas domiciliares	14,60%	2,60%	3,40%	79,40 %	0,00%
O seu serviço conhece os problemas de saúde da vizinhança	23,20%	8,20%	20,20%	48,50 %	0,00%
O seu serviço faz pesquisas na comunidade para identificação de problemas	28,80%	6,00%	28,30%	36,90 %	0,00%
O seu serviço convida os membros da família para participar dos conselhos de saúde	36,10%	10,70%	23,60%	29,60 %	0,00%

Fonte: Pesquisa Direta

A tabela 03 apresenta valores de máxima, mínima, média e desvio padrão dos atributos essenciais e derivados da APS analisados após transformação para escala de 0 a 10. Nela, identificou-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato- Utilização (B), Coordenação-Sistema de Informação (F) e Integralidade - Serviços Prestados(H) atingiram valores superiores a 6,6 sendo considerados bem avaliados. Os atributos Longitudinalidade (D), Coordenação- Integração de Cuidados (E), Integralidade-Serviços disponíveis (G), Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J) os valores chegam bem próximo do ponto de corte, porém abaixo. Enquanto o atributo Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade (C) foi o pior

escore avaliado, com valor de 5,24. Os escores essencial e geral se mantem acima de 6,6 sendo considerados bem avaliados.

Tabela 03- Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e geral, conferidos pelos cuidadores das crianças menores de dois anos na Avaliação da Estratégia de Saúde da Família Picos (PI). 2019. N: 261

ATRIBUTOS	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Utilização(B)	7,72	0,00	10,00	2,94
Acessibilidade(C)	5,24	0,00	10,00	2,42
Longitudinalidade(D)	6,21	1,20	9,30	1,53
Coordenação – Integração de Cuidados (E).	6,57	0,00	11,33	3,48
Coordenação(F)	8,76	3,33	10,00	1,56
Integralidade – Serviços Disponíveis (G).	6,31	1,47	10,00	1,17
Integralidade – Serviços Prestados (H).	8,95	0,00	10,00	2,03
Orientação Familiar (I).	6,34	0,00	10,00	3,30
Orientação Comunitária (J)	6,35	0,00	10,00	3,10
Escore Essencial	6,67	2,70	8,90	0,93
Escore Geral	6,61	2,73	9,03	1,05

Fonte: Pesquisa Direta

Na tabela 04 constam os valores de média, mínimo, máximo e desvio padrão levando em conta os escores essenciais e gerais por ESF. Observa-se que os escores essenciais foram bem avaliados (valores acima de 6,6) nas ESF 01, 02, 04, 05, 06, 07, 12, 13, 14, 16, 17, 18 e 24 e os escores gerais foram bem avaliados (valores acima de 6,6) nas ESF 01, 03, 04, 07, 13, 14, 16, 23 e 24. Vale destacar que as ESF 01, 04, 07, 13, 14 e 24 possuem valores acima de 6,6 para os dois escores.

Tabela 04: Valores de média, mínimo, máximo, desvio padrão dos Valores de Escores essencial e geral por Unidade Básica de Saúde. Picos (PI). N: 261

		Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
ESF 1	Escore Essencial	7,44	6,67	8,53	0,75
	Escore Geral	7,99	7,47	8,77	0,53
ESF 2	Escore Essencial	6,94	5,90	8,47	0,76
	Escore Geral	6,53	5,23	8,77	0,97
ESF 3	Escore Essencial	6,25	5,43	8,00	0,76
	Escore Geral	6,74	5,97	8,33	0,80
ESF 4	Escore Essencial	6,94	6,23	8,40	0,70
	Escore Geral	7,36	6,57	8,73	0,70
ESF 5	Escore Essencial	6,60	4,80	7,97	0,96
	Escore Geral	6,29	4,27	8,03	1,12
ESF 6	Escore Essencial	6,76	5,80	7,43	0,71
	Escore Geral	6,56	5,33	7,53	0,92

ESF 7	Escore Essencial	7,26	6,37	8,13	0,47
	Escore Geral	7,57	6,83	8,40	0,46
ESF 9	Escore Essencial	5,22	3,37	7,07	2,62
	Escore Geral	5,05	2,73	7,37	3,28
ESF 10	Escore Essencial	4,95	3,83	6,07	1,58
	Escore Geral	5,08	3,73	6,43	1,91
ESF 11	Escore Essencial	6,58	5,83	8,90	1,04
	Escore Geral	6,57	5,67	9,03	1,15
ESF 12	Escore Essencial	6,64	6,03	7,57	0,45
	Escore Geral	6,27	5,37	7,30	0,57
ESF 13	Escore Essencial	7,13	4,30	8,20	1,00
	Escore Geral	7,17	3,97	8,60	1,11
ESF 14	Escore Essencial	6,97	5,83	8,23	0,55
	Escore Geral	7,04	6,03	8,20	0,64
ESF 15	Escore Essencial	5,79	4,57	7,23	0,98
	Escore Geral	5,64	4,07	7,53	1,35
ESF 16	Escore Essencial	6,67	6,07	6,93	0,33
	Escore Geral	6,80	6,33	7,07	0,30
ESF 17	Escore Essencial	6,95	6,23	8,00	0,64
	Escore Geral	6,59	6,00	7,43	0,50
ESF 18	Escore Essencial	6,63	6,07	7,33	0,38
	Escore Geral	6,43	5,93	7,33	0,48
ESF 19	Escore Essencial	5,94	2,70	8,03	1,52
	Escore Geral	5,80	2,93	8,47	1,46
ESF 20	Escore Essencial	6,14	5,03	7,57	1,01
	Escore Geral	5,71	4,70	7,07	0,90
ESF 21	Escore Essencial	6,39	4,20	8,00	0,97
	Escore Geral	6,52	3,70	8,37	1,18
ESF 23	Escore Essencial	6,56	4,87	7,60	0,87
	Escore Geral	6,73	5,27	7,80	0,83
ESF 23	Escore Essencial	6,41	4,47	7,63	0,74
	Escore Geral	6,24	4,50	7,70	0,91
ESF 24	Escore Essencial	7,10	5,63	8,60	0,66
	Escore Geral	6,84	5,27	8,00	0,66

Fonte: Pesquisa Direta

DISCUSSÃO

As condições sociais e econômicas permitem uma interpretação de que a procura é maior por parte das mães, que são donas de casa, de cor da pele parda, casadas, com ensino médio completo ou incompleto, católicas e com renda inferior a 1 (um) salário mínimo. Essa caracterização mostra que a procura maior para acompanhamento é pela população de classe média e baixa que utilizam o SUS em sua totalidade, não dispondo de planos de saúde e nem de condições de atendimento no serviço privado.

O Pcatool-Brasil constitui-se de um instrumento validado, no qual permite a avaliação dos serviços de saúde, identificando para tanto a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Os escores dos atributos da APS, aferidos pela aplicação do PCATool-Brasil, possuem duas categorias de resultados pelo valor médio de 6,6; os resultados acima deste valor se classificam como alto escore e abaixo dele como baixo escore⁷.

Para o Acesso de Primeiro Contato-Utilização (B) o estudo alcançou escores elevados o que demonstra que os usuários procuram o serviço de saúde e recebem atendimento conforme a necessidade na sua grande maioria, acreditando na atenção primária como porta de entrada do serviço de saúde sejam por condições crônicas, ações preventivas ou por novos problemas de saúde. Resultados análogos foram encontrados nas pesquisas realizadas⁸⁻⁹ que em diferentes regiões do país a população entrevistada tem na ESF uma fonte regular de cuidado à saúde e acredita na ESF como porta de entrada para o sistema de saúde, sejam, por doenças crônicas, ações preventivas ou por novas necessidades.

No Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade (C) percebe-se barreiras geográficas e organizacionais que dificultam a concretização do atendimento como: por exemplo não possuir aconselhamento por telefone; esperar muito para marcar hora no serviço; tem que esperar mais de 30 min para consulta; bem como dificuldade de conseguir atendimento médico no serviço. Resultados parecidos foram identificado em outros estudos¹⁰⁻¹¹, nos quais o baixo escore foi atribuído pelo fato de que as equipes da ESF, participantes da pesquisa, trabalham somente em dias úteis e em horário comercial (7h às 17h), além de não atenderem à noite, nos finais de semana ou sem prévia marcação de consulta, com exceção de pequenas urgências. O mesmo pode-se observar nas Unidades Básicas de Saúde de Picos – PI: trabalham com horário comercial (7-12/13-17hs) para marcação diária de consultas médicas, com cronograma de atendimento para consultas de puericultura com o enfermeiro

com dia semanal marcado, através de filas e com poucos funcionários para demanda na grande maioria o que dificulta o acesso ao profissional de saúde seja ele enfermeiro, médico ou nível médio. Esse acesso prejudicado acarreta quebra na atenção à saúde integral ao indivíduo, uma vez que ao se deparar com barreiras a atenção a saúde é postergada, causando impactos de prevenção e incorporação de gastos adicionais.

A longitudinalidade não atingiu escores médios elevados, sendo de fundamental importância para atingir bons resultados que os usuários conheçam definições de população adscrita, características da APS, conceitos de universalização, dentre outros. Vale destacar a dificuldade de acesso por telefone ao profissional de saúde, pois as Unidades Básicas não dispõe de serviço de Telefonia e percentuais elevados para os componentes que identificam o pouco conhecimento dos profissionais sobre as condições de vida e trabalho dos usuários, não sendo possível perceber a construção de vínculo entre profissional e usuário, o que favorece o baixo do escore do atributo longitudinalidade. Os dados encontrados divergiram dos estudos²¹ no qual registrou-se homogeneidade entre as ações de longitudinalidade, com valores satisfatórios, este aspecto é bastante positivo, já que para a assistência à saúde da criança é preciso maior interação com a família e com a história de vida da criança.

Na Coordenação-Integração de Cuidados (E) grande parte dos entrevistados foram referenciados para serviços especializados, os escores desse atributo chegaram próximo do ponto de corte 6,6, mas ficando ainda abaixo. Vale ressaltar que muitos mesmo sem encaminhamentos procuraram o serviço com especialista, dando continuidade ao atendimento, retornaram ao serviço de origem com os devidos resultados, o que nos leva a acreditar que coordenação do cuidado esteja em fase de consolidação, para implantação e manutenção de serviços de saúde capaz de atender a demanda. Trabalhos¹²⁻¹³ apresentam escores baixos para esse atributo em decorrência da má qualidade na referência e contra referência da APS para

atenção secundária. Porém trabalhos¹⁴⁻¹⁵ elevaram esse valor do escore com a mesma problemática implantando para solucionar o sistema de prontuário eletrônico integrado.

A avaliação do atributo Coordenação – Sistema de Informação (F) pontuou o segundo maior escore (8,76) esse resultado demonstra o esforço para consolidação dos meios tecnológicos e humanização dos serviços. Os entrevistados referem levar em sua maioria a caderneta da criança para acompanhamento (93,1%) e que o prontuário esta sempre disponível nas consultas (84,20%), assim como o acesso a esse documento (53%) o que caracteriza a autonomia dos sujeitos. Dados divergentes foram encontrados no estudo¹⁷ no qual os prontuários estão disponíveis para o profissional, porém não para os usuários o que mostra a necessidade de desenvolvimento de educação em saúde de forma a criar condições para autonomia dos sujeitos.

A integralidade para os Serviços Disponíveis (G) o escore está abaixo do adequado (< 6,6). Foram atribuídos bons resultados para serviços como Vacinação, Programas Sociais, Planejamento Familiar e Aconselhamento e testes de anti-HIV, porém valores inferiores para programas de suplementação nutricional, aconselhamento para usuários de drogas, aconselhamento de saúde mental e realização de suturas. Os quesitos com bons resultados estão relacionados à assistência direta da Estratégia de Saúde da Família e seu quesito principal que é a prevenção e promoção, garantindo acesso da população a esse benefício. Enquanto os quesitos com resultados insatisfatórios estão relacionados à referência a serviços secundários como encaminhamento ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que se constituem como apoiadores da ESF. A Integralidade-Serviços Prestados (H) pontuou o maior escore (8,95) com bons resultados. Os entrevistados referem positivamente no que tange às orientações de manter a criança saudável, segurança no lar, mudanças no crescimento e desenvolvimento e como lidar com problemas de comportamento. Estudos¹⁶⁻¹⁷ apresentaram escores baixos demonstrando fragilidade em

atingir a integralidade. Outro estudo revelam que as ações relativas a prevenção de doenças e a promoção de saúde ainda são incipientes, revelando a manutenção de modelo assistencial centrado em práticas curativas¹⁸.

Os atributos Orientação Familiar(I) e Orientação Comunitária(J), correspondem ao relacionamento e envolvimento da equipe com a família/comunidade. Foram atributos com escores inferiores ao ponto de corte, mas bem próximo dele (6,34/6,35 respectivamente). Em relação à Orientação Familiar (I) metade dos entrevistados responderam que o profissional questiona sobre ideias e opiniões, mais da metade que o profissional questiona sobre as doenças da família e no quesito se o profissional reuniria com a família caso necessário os valores foram homogêneos não tendo respostas que se sobressaíssem. A avaliação da Orientação Familiar recebeu baixo escore entre os entrevistados, distinguindo positivamente no item que se refere ao questionamento do profissional sobre a doença, o que converge com o estudo realizado¹⁶.

Em relação à Orientação Comunitária (J) os entrevistados relataram que recebem as visitas domiciliares; também acreditam que os profissionais dos serviços conhecem os problemas da vizinhança e que fazem pesquisas para identificação dos mesmo na comunidade e um maior percentual responderam que não recebem convites para participação em conselhos de saúde. Portanto parte dos profissionais se apresentam preocupados em estabelecer vínculo com família/comunidade, questionando opiniões, procurando histórico familiar, e se reunindo caso percebam necessidade o que faz melhorar o acompanhamento e desenvolvido dos usuários. Os entrevistados percebem a APS como porta de entrada e recebem visitas domiciliares, porém com um grande déficit no quesito participação dos usuários nos conselhos de saúde, não se sabe se por falta de conhecimento ou se por falta de incentivo positivo por parte da equipe de saúde.

O Escore Essencial é medido pela soma dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato-Utilização; Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação- Integração de Cuidados; Coordenação-Sistema de Informação; Integralidade-Serviços Disponíveis; Integralidade- Serviços Prestados dividido pelo número de componentes. O Escore Geral é composto pela soma dos componentes dos atributos essenciais mais os escores dos atributos derivados de Orientação Familiar e Orientação Comunitária dividido pelo número total de componentes. No estudo os valores dos escores essencial e geral foram satisfatórios com valores acima de 3,0, e após transformação na escala de 0 a 10 conforme orientação do Manual do PCATool-Brasil¹⁸, esses escores ficam com valores acima da média de 6,6, sendo considerados bem avaliados (6,67/6,61 respectivamente).

Comparando os escores essenciais e geral com as Estratégias de Saúde da Família obtém-se divergências de valores por ESF. As ESF 01, 04, 07 e 24 possuem escores essenciais acima de 7,0. Enquanto as ESF 01, 07,13 e 24 possuem escores gerais acima de 7,0. Em contrapartida ESF 09,10, 15 e 19 com baixo escore essencial e ESF 06, 09, 10, 15, 19, 20 com baixo escore geral. As ESF com alto escore essencial e geral estão nas comunidades de maior nível de escolaridade, melhor poder aquisitivo, condições mais adequadas de habitação, e maior acesso ao campo de trabalho. Enquanto os escores essencial e geral com baixo valor estão nas comunidades de menor poder aquisitivo, de menor escolaridade, maior nível de desemprego.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que maioria dos atributos da APS embora estejam presentes, necessitam ser aprimorados. Já os escores essencial e geral apresentaram-se satisfatórios. Os atributos: Acesso de Primeiro Contato-Utilização, Coordenação-Integração de Cuidados e Integralidade-

Serviços disponíveis pontuaram escores satisfatórios, enquanto Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade escores insatisfatórios, e os demais atributos escores próximos da média, mas também inferiores ao recomendado.

Os cuidadores das crianças menores de dois anos identificam barreiras no acesso ao serviço de saúde, como por exemplo, a não existência de serviço de telefonia para acesso ao usuário e dificuldade de conseguir atendimento médico no serviço. Dessa forma faz-se necessário melhorar o acesso de primeiro contato no quesito Acessibilidade, diminuindo as barreiras entre os usuários e as Unidades Básicas de Saúde.

Os profissionais realizam escuta, respondem de forma que os cuidadores entendam, disponibilizam tempo suficiente e deixam os cuidadores a vontade, porém se mantem distante no que se refere a conhecer as famílias e suas dificuldades sejam financeiras ou pessoais, o que dificulta a criação do vínculo. A referência e contra referência acontece de forma a beneficiar a assistência, os profissionais encaminham aos serviços especializados e recebem as orientações dos mesmos, que os profissionais atendem utilizando a caderneta de vacinação e prontuário.

A prevenção e promoção de saúde, pilares do Sistema Único da Saúde, um dos compromissos da ESF, é evidenciada nos serviços disponíveis e prestados, com ressalva para deficiência nos serviços de atenção secundária como atenção realização de suturas, aconselhamento de uso de álcool e outras drogas e programas de suplementação nutricional.

As ESFs com escores mais elevados estão localizadas nas comunidades de melhores condições socioeconômicas, melhores condições de habitação, saneamento e educação.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de parâmetro para auxiliar na reorganização da ESF visando melhorar a o acesso de primeiro contato-acessibilidade, na

busca da saúde da criança de forma integral. As limitações do estudo estão no fato da pesquisa ter sido apenas com cuidadores, não sendo avaliado na versão gestor, e profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Fugimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole; 2009. 566p.
2. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciência Saúde Coletiva*[Internet] 2007; [cited 2019 Jun 06]; 12(4):929-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014.
3. Volprato LF, Meneghii MC, Pereira AC, Ambronosa GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad Saúde Pública*[Internet] 2010; [cited 2019 Jun 06]; 26(8):1561-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000800010&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*[Internet] 2011; [cited 2019 Jun 06]; 20(1): 263-271. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500033
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Picos, Piauí, 2017; [cited 2019 Jul 08];. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/picos/panorama>.
7. Brasil. Ministério da Saúde (BR). 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[Internet]; Brasília (DF); 2010. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf
8. Elias PE, Pereira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão A. Júnior, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estado de exclusão social no município de Sal Paulo. *Cienc Saúde Colet*. [Internet]. 2006. [Acesso 02 set 2019]; 11(3): 633-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/3079.pdf>.
9. Ibanêz N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forstz AC, Novaes MHD. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cienc Saúde Colet*. [Internet]. 2006 [acesso 02 set 2019]; 11(3): 683-703. Available from: <http://www.scielo.br/scielo/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>.
10. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barvosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde*

Colet [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 8];19(11):4407-15. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>.

11. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 7];38(103):692-705. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0692.pdf>.

12. Viana LMM. Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias. Universidade do Piauí; 2012. 127p.

13. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 8];19(8):3521-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>.

14. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female health care users. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 7];23(3):553-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf.

15. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. bras. Saúde Matern Infant*. 2011.

16. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação de a presença e extensão dos atributos da Atenção primária em Curitiba. *Ver. Bras Med Fam Cominidade*[Internt]. 2013[citado 2013 dez.10]; 8(29); 294-3-3. Available from: <http://rbm.org.br/index/php/rbmfc/view/828>.

17. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzheim E, Vigo Á, Hauser L, Chomotas ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde na cidade de Curitiba,Paraná, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2013 nov.27]; 22(1):41-8. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100004

18. Pereira MJB, Mishima S, Bava MCG, Santos JS, Matumoto S, Fortuna CM. et al. Atributos essenciais da atenção primária a saúde: Comparação do desempenho entre unidades tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. In: XXIIéme Congres de l'ALASS. 2011 [acesso 18 set 12013]:1-10. Available from: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1252>.

REGRAS SUBMISSÃO REVISTA ANNA NERY DE ENFERMAGEM

INFORMAÇÃO

A Coleção da revista, a partir do número 3 do ano de 2017 está completa na página do SciELO. Navegue na página e acesse os artigos publicados. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1414-8145&lng=en&nrm=iso).

IMPORTANTE

Política

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem é um veículo de comunicação científica mantido pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desde 1997. Sua finalidade é publicar manuscritos originais de Enfermagem, do campo da saúde e outras áreas com interfaces nas ciências da Saúde e ciência de Enfermagem. Recebe manuscritos originais, desenvolvidos por métodos quantitativos, qualitativos, mistos, reflexões, ensaios e revisões sistematizadas. Esses manuscritos devem trazer contribuições diretas ou indiretas à historicidade e a prática do cuidado de enfermagem, à educação em enfermagem, ao desenvolvimento de novas metodologias e tecnologias de cuidar, de ensinar e pesquisar. Tem interesse especial pelos estudos desenvolvidos com populações vulneráveis cujos achados contribuam diretamente para ampliar a ciência de enfermagem que fundamenta o cuidar ético e humano.

editorial

Acesso aberto. Sua publicação online permite que o acesso seja aberto (**open access**), como recomendado pela Global Health Policy Global Health Policy (<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/about/editorialPolicies#openAccessPolicy>) e SciELO (<http://www.scielo.br/revistas/man/iaboutj.htm>), para fins de disseminação e consumo científico na prática assistencial e educacional. Portanto, sem custos para baixar arquivos (*download*).

Público alvo. Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais no campo da Saúde.

Periodicidade. Publicação em fluxo contínuo, com os manuscritos organizados em quatro fascículos.

Revisão por pares. O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores, pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisores. A análise pelos revisores é feita com base em instrumento próprio do Sistema de submissão, também disponível para leitura dos autores.

Tipo de licença. Os autores estão cientes que ao publicar em Escola Anna Nery estarão concordando com a modalidade de Creative Commons Attribution-Type BY (<http://creativecommons.org/licenses>), adotada pela Revista. A partir da publicação do artigo, seu conteúdo poderá ser copiado, distribuído, editado, remixado e utilizado para novas criações, desde que se atribua o devido crédito ao autor original e que confira os devidos créditos de à sua publicação em Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. A função dessa modalidade de licença é impulsionar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autoria

Conceito de autoria adotado pela Revista. São autores aqueles que tornam pública suas responsabilidades pelo conteúdo do artigo, concordando que a escrita e conteúdos intelectuais foram revisados criticamente por todo os autores. Cada autor deve aprovar a versão final do conteúdo a ser publicado e concordar em responsabilizar-se por todos os aspectos do trabalho assegurando que questões relacionadas a acurácia ou integridade de quaisquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Além disso, cada autor declara a forma de contribuição intelectual substancial à concepção ou desenho do estudo/pesquisa e/ou aquisição, e/ou análise ou interpretação dos dados, em acordo com os critérios estabelecidos pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>). Não há limitação quanto ao número de autores; entretanto, há necessidade de envio de Carta ao Autor justificando a quantidade acima de seis autores.

Responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito. Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista, Editores Científicos e Editores Associados. Para tanto, os autores devem submetê-lo pelo sistema ScholarOne SciELO, acessando o link na página eletrônica da revista: <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

Apresentação de manuscrito. Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, acompanhados de "**Declaração de Responsabilidade e de Direitos Autorais (Modelo ao final das Instruções aos Autores)**", não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico.

Atendimento aos preceitos da integridade na publicação científica. A prática editorial para o caso de má conduta científica (plágio, auto-plágio, falsificação ou fabricação de dados, uso indevido de referências ou citações, duplicidade, disputa de autoria, entre outras) segue os procedimentos, *checklist* e diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* <http://publicationethics.org/>. O periódico adota ferramentas de rastreamento de similaridades e os autores devem estar atentos para as implicações previstas nos dispositivos legais do Código Penal (artigo 184) e da Lei de Direitos Autorais (Art. 7º, parágrafo terceiro) ([Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998](#). [Vide Lei nº 12.853, de 2013](#)).

Atendimento aos preceitos da ética em pesquisa. O artigo deverá conter informações explícitas sobre os preceitos éticos da pesquisa, de acordo com as diretrizes e marcos regulatórios de cada país. Sendo vedado a publicação de nomes dos participantes da pesquisa ou qualquer forma que possa representar em ruptura do princípio do anonimato.

- O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo, na barra do "supplementary file", a cópia de documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estudos realizados até o ano de 2012 e Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, a partir do ano de 2013). Fazer o upload do documento em formato PDF como "supplementary files".

- Pesquisas com temáticas de ciências humanas e ciências sociais realizadas no campo da saúde e enfermagem devem comprovar aprovação por CEP, nos termos da Resolução no 510, de 7 de abril de 2016, que trata das diretrizes de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Fazer o upload do documento em formato PDF como "supplementary files".
- Para os artigos de pesquisa desenvolvida em outros países, seus autores devem atender a regulação da ética em pesquisa do país de origem, enviando cópia de documento comprobatório de sua aprovação, fazendo o upload do documento em formato PDF como "supplementary files".

Conflito de interesse. Os autores são responsáveis por reconhecer e informar ao Conselho Editorial sobre a existência de **conflitos de interesse, especificando a sua natureza**, que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito.

- Relações financeiras de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, conforme disponível no sistema ScholarOne, no passo-a-passo da submissão do manuscrito. Conflitos de interesse financeiro, (quando envolve financiamento com recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Observação

Todos os autores devem possuir registro no ORCID, em cumprimento a "Best practice Guideline for Publishers" (<https://orcid.org/content/orcid-publication-workflows-step-step-guide-publishers>) Para registrar-se, cada autor deve acessar o link <https://orcid.org/register>. e seguir os passos para preenchimento dos campos.

Informações Gerais

Atendimento aos critérios de cientificidade reconhecidos internacionalmente. A redação científica do artigo deverá atender aos critérios disponíveis no *checklist* disponível nas páginas eletrônicas a seguir, de acordo com o tipo de manuscrito:

1. Para a publicação de manuscritos resultantes de **pesquisas/ensaios clínicos**, é obrigatório que, no upload dos documentos, os autores apresentem comprovação de registro da pesquisa clínica ou de sua submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>, em cumprimento a RDC da Anvisa nº 36, de 27 de junho de 2012 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036_27_06_2012.html). Para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da *International Clinical Trials Registration Platform* (ICTRP/OMS). É obrigatório a informação do número de registro ao final do resumo na versão em português.
2. Para estudos clínicos randomizados, observar as diretrizes disponíveis em: <http://www.consortstatement.org/checklists/view/32-consort/66-title>

3. Para estudos observacionais e epidemiológicos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
4. Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>
5. Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponível: <http://www.prisma-statement.org>

Categorias de manuscritos

Pesquisa Original: relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

Revisão Sistemática: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins, fundamentada em literatura pertinente e relevante para gerar evidências. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

Revisão Integrativa: estudos de revisão bibliográfica que aplicam o método de revisão integrativa para combinar e analisar diferentes metodologias e tipos de investigações. Utiliza dados da literatura empírica e teórica para definir conceitos, identificar lacunas nas áreas de estudos, revisar teorias e abordagens metodológicas de estudos sobre um determinado tópico. (Sasso, Pereira, Galvão, 2008). Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

Outros tipos de estudos de revisões sistematizadas podem ser submetidas à análise da Revista, desde que apontem tendência de conhecimento construído a partir de uma síntese reflexiva, metodologicamente rigorosas e epistemologicamente fundamentadas. As revisões de literatura tradicionais não se enquadram nessa categoria. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

Outros formatos de artigos científico poderão ser aceitos, desde que submetidos a procedimentos metodológicos, cientificamente rigorosos, e representarem inovação para a ciência de enfermagem. Os manuscritos poderão ter até 15 páginas de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

- Introdução
- Revisão de literatura
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusões/ Considerações Finais e implicações para a prática

Reflexão: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais.

Relato de experiência: refere-se às descrições de experiências relacionadas a casos clínicos de cuidado de enfermagem, assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem, da saúde ou com interfaces nestas áreas, para divulgação de aspectos inéditos e originais.

Ensaio (Essay). Texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada. Nessa modalidade de manuscrito, o autor tem a oportunidade de defender uma tese sobre tema de seu domínio ou responder a uma pergunta. A relevância e originalidade da tese ou da pergunta deverão articular-se com o estado da arte, desde a Introdução. As seções que compõem o ensaio devem ser pertinentes, coerentes, consistentes e demarcarem uma contribuição para o estatuto do conhecimento no campo em que a tese ou a pergunta foi formulada. Os argumentos adotados para a sustentação da tese ou da resposta à pergunta precisam fundamentar-se em referenciais teórico-filosóficos e/ou marcos conceituais amplamente difundido na literatura científica mundial. A conclusão ou comentários finais são indispensáveis nessa modalidade de manuscrito.

Composição do manuscrito (Redação científica e Formatação)
Redação científica Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12; layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm; margens superior e esquerda de 2,5 cm, margens inferior e direita com 2cm. Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores/empresas credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo conforme de Instruções sobre o Fluxo de Publicação enviado pela Secretaria da Revista, quando de sua aprovação, por meio do Sistema de Submissão acompanhado de carta (ou certificado ou declaração), de *proof reader* do tradutor e revisor gramatical.

Título: Apresentar o título do manuscrito nos três idiomas, com no máximo 16 palavras.

Resumos: Quaisquer modalidades de manuscritos (pesquisa original, estudos de reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio ou Essay) devem conter até 200 palavras, nas três versões: português/resumo, (espanhol/*resumen*) e inglês/*abstract*). O conteúdo dos resumos deve ser informativo e registrado nos itens correspondentes: Objetivos, método, resultados, conclusão e implicações para a prática. O resumo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética.

Palavras-chave: São termos fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bases de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 palavras-chave em português, espanhol (*palabras clave*) e inglês (*keywords*) selecionadas pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

Conteúdo do artigo:

(a) *Introdução:* apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) *Revisão da literatura:* selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do

conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) *Método*: incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) *Resultados*: os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) *Discussão*: deve ser redigida SEPARADAMENTE dos resultados. Deve destacar a compatibilidade entre os achados que resultaram da análise e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) *Conclusões e implicações para a prática*: apresentar considerações significativas fundamentadas no conhecimento novo gerado que atendam aos objetivos do estudo, sem repeti-los textualmente. Destacar as limitações do estudo e a indicação de necessidade de novas pesquisas. Indicar quais são as implicações desses achados para a prática (ensino, pesquisa ou assistencial) de saúde e de enfermagem.

(g) *Financiamento*. É registrado no title page. Registrar a fonte de recursos público ou privado que financiou o estudo, informando a registrar a cidade, estado e país e o número do processo associado. Agências de fomento podem ser especificadas, indicando-se qual(is) autor(es) obteve o recurso. Por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de doutorado, entre outras: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de doutorado). Caso a pesquisa/estudo não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, registre no Title Page: "sem financiamento"

(h) *Agradecimentos*. Inclui nomes de pessoas e instituições que contribuíram com o desenvolvimento do estudo ou pesquisa. Essa informação deve constar no Title Page (folha de rosto).

Formatação

Citações no texto. As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.¹

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **1-5**

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **1-3,6**

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada, localizando-a após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser "vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". **3:16-18**

Na formatação do manuscrito, os autores devem atender também os seguintes critérios:

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das "ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". **3:16-18**

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **3:16-18**

Os fragmentos de dados empíricos de pesquisas qualitativas devem ser apresentados em uma nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2 cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras, números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

[...] os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

Referências: A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do *International Committee of Medical Journal Editors* (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Notas de rodapé: deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

Exemplos	de	acordo	com	estilo	Vancouver.
<u>Livro</u>					<u>padrão:</u>
Tyrrell MAR.	Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem.	Rio de Janeiro:	EEAN/ UFRJ;	1995.	
<u>Livro</u>	<u>traduzido</u>		<u>para</u>	<u>o</u>	<u>português:</u>
Nightingale F.	Notas de enfermagem: o que é e o que não é.	Tradução de Amália Correa de Carvalho.	São Paulo:	Cortez;	1989.
<u>Obra</u>	<u>de autoria</u>	<u>institucional</u>	<u>ou</u>	<u>entidade</u>	<u>coletiva:</u>
Ministério da Saúde (BR).	Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas.	3ª ed.	Brasília (DF):	Ministério da Saúde;	2001.
<u>Capítulo</u>			<u>de</u>		<u>livro:</u>
Pinto MCI, Porto IS.	A dor como quinto sinal vital.	In: Figueiredo NMA, organizador.	Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas.	São Caetano do Sul (SP): Difusão Paulista de Enfermagem;	2003. p.59-78.
<u>Livro</u>	<u>publicado</u>	<u>por</u>	<u>organizador,</u>	<u>editor</u>	<u>ou</u>
Loyola CMD, Oliveira RMP,	organizadores.	Indícios marginais.	Rio de Janeiro:	EEAN/UFRJ;	2003.
<u>Livro</u>		<u>com</u>			<u>edição:</u>
Souza EDF.	Novo manual de enfermagem.	5ª ed.	Rio de Janeiro:	Bruno Buccini;	1972.
<u>Artigo científico</u>	<u>publicado</u>	<u>em</u>	<u>periódico</u>	<u>impresso</u>	<u>(até seis autores):</u>
Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC.	Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar.	Esc Anna Nery.	2003	ago;7(2):156-66.	
<u>Artigo científico</u>	<u>publicado</u>	<u>em</u>	<u>periódico</u>	<u>impresso</u>	<u>(mais de seis autores):</u>
Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B et al.	The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing.	Res Nurs Health.	2000	feb;23(1):43-54.	
<u>Artigo científico</u>	<u>publicado</u>	<u>em</u>	<u>periódico</u>	<u>de</u>	<u>meio eletrônico:</u>
Cabral IEC.	Cuidando y educando para la cidadanía: modelo sociopolítico.	Freire Online.	Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet].	2003 jul; [citado 2003 set 10];	1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em:
					http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm
<u>Artigo científico</u>	<u>consultado</u>	<u>em</u>	<u>indexadores</u>	<u>ou</u>	<u>bibliotecas eletrônicas:</u>
Carvalho V.	Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem.	Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line].	2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22];11(4):[aprox.8 telas].	Disponível em:	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci_abstract&tlng=pt
<u>Artigo</u>	<u>de</u>	<u>periódico</u>	<u>científico</u>	<u>no</u>	<u>prelo:</u>
Valadares GV, Viana LO.	A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem.	Esc			

- Anna Nery. No prelo 2004.
Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):
 Transgênicos: os grãos que assustam. *Veja* (São Paulo). 2003 out 29; 36(43):95-113.
 Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).
Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:
 Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. *Esc Anna Nery*. 2003 dez;3(7):309-10.
Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:
 Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife (PE): ABEn; 2000. p. 13.
Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:
 Barreira IB, Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificização da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermeira; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 2000. p. 295-311.
Dissertação, tese e monografia acadêmica:
 Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.
Dissertação e tese em material eletrônico:
 Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS [CD-ROM, dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.
Trabalho em material eletrônico:
 Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.
Verbetes de dicionário:
 Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651
Relatório técnico e científico:
 Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro: ABEn (RJ); 2000. N° 2014-0139-2824.
Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):
 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião realizada no dia 01 abr 1976. Livro 50, p. 21. Implantação de projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 1976 abr 01.
Documento jurídico:
 Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.
Documento jurídico de meio eletrônico:
 Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília

(DF). 26 jun 1986 [citado 4 jul 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm

Para abreviações de títulos de periódicos:
 - <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>
 - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>
 - International Nursing Index
 - Index Medicus

Apresentação das Tabelas, Gráficos e Imagens (Figuras) no manuscrito

Tabelas: Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a cinco (5) no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo *. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel.

Gráficos e Imagens (Fotografias): Largura igual ou superior a 1000 pixel, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão **JPG, GIF, PNG, PSD** ou **TIF**. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

Outras Informações Relevantes

Decisão sobre a publicação. O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decidir sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentam os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

Versão final do manuscrito para publicação. Será solicitado que os autores providenciem as versões finais do artigo aprovado para publicação, em inglês e a revisão gramatical do artigo submetido no idioma original, acompanhados dos certificados dos profissionais/ empresas credenciadas pela Revista. Os custos são de responsabilidades dos autores.

Custos de publicação do manuscrito: Os autores não pagam taxa de submissão (free submission charge) do manuscrito. Somente após a avaliação documental e de análise de conformidade do manuscrito à política editorial da revista, os autores pagam uma taxa de avaliação no valor de R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais). O custo com a produção do artigo (APC charge), no valor de R\$900,00

(novecentos reais), deve ser pago pelos autores somente após a sua aprovação e como indicado pela carta de instruções enviadas pela Secretaria da Revista.

Declaração de Responsabilidade do Autores e Direitos Autorais

À Escola Anna Nery Revista de Enfermagem/Anna Nery School Journal of Nursing

Título do manuscrito: "....."

Declaramos para fins de publicação que concordamos com os termos dos direitos autorais previstos na legislação brasileira de Direitos Autorais (Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998), artigos 22 a 28, tornando seu conteúdo uma propriedade exclusiva deste periódico. Em sendo um periódico com publicação online, concordo que o conteúdo do manuscrito seja publicado e disseminado em acesso aberto (open access) por meio eletrônico da revista, nos termos previstos na política do open access disponível em SciELO <http://www.scielo.br/revistas/man/iaboutj.htm> e na Global Health <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/about/editorialPolicies#openAccessPolicy>. Declaramos que o referido manuscrito é um trabalho original, sendo que nem sua versão integral ou parcial, nem outro trabalho de nossa autoria com conteúdo similar foi submetido e/ou publicado por outro periódico impresso ou eletrônico. *Os autores estão cientes que ao publicar em Escola Anna Nery estarão concordando com a modalidade de Creative Commons Attribution-Type BY* <http://creativecommons.org/licenses>), adotada pela Revista. A partir da publicação do artigo, seu conteúdo poderá ser copiado, distribuído, editado, remixado e utilizado para novas criações, desde que se atribua o devido crédito ao autor original e que confira os devidos créditos à sua publicação em Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Estamos de acordo com a função dessa modalidade de licença, que é a de impulsionar a disseminação e uso dos materiais licenciados. Estamos cientes que sempre que houver autorização do periódico para sua publicação em outros formatos ou mídias, é obrigatório que seja registrado um competente agradecimento à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, bem como sua referência bibliográfica nesse periódico. Os autores abaixo assinados declaram de maneira suficiente para tornar pública a nossa responsabilidade por seu conteúdo, concordando que a escrita do trabalho e os conteúdos intelectuais mais importantes foram revisados criticamente por todos. Cada autor aprovou a versão final do conteúdo a ser publicado e concorda em responsabilizar-se por todos os aspectos do trabalho assegurando que questões relacionadas a acurácia ou integridade de quaisquer parte do trabalho serão adequadamente investigadas e resolvidas. Além disso, cada autor indica o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual substancial à concepção ou desenho do estudo/pesquisa (1), a aquisição (2), análise (3) ou interpretação dos dados (4), em tipo de participação, em acordo com os critérios estabelecidos pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>)

Rio	de	Janeiro,	...	de	de
Autores:(Somente				assinatura		original)	
1	-	Nome	completo	e	a	assinatura	original
Tipo			de				participação:
2	-	Nome	completo	e	a	assinatura	original
Tipo			de				participação:
3	-	Nome	completo	e	a	assinatura	original
Tipo			de				participação:
4-	Nome	completo		e	a	assinatura	original
Tipo			de				participação:

- 5- Nome completo e a assinatura original
 Tipo de participação:
- 6- Nome completo e a assinatura original
 Tipo de participação:

OBS. Sempre que o número de autores for superior a seis, enviar carta ao Editor explicando metodologicamente as razões para o quantitativo. Após a assinatura de todos os autores, digitalizar e enviar o arquivo (pdf) pelo " supplementary file" do ScholarOne submission.

Alerta aos autores

Antes de completar o processo de submissão ao sistema, gentileza verificar se foi feito o upload dos seguintes documentos:

- Declaração de Responsabilidade dos Autores e Direitos Autorais, no formato PDF;
- Comprovante do CEP que aprovou a pesquisa, no formato PDF;
- Folha de rosto (title page), constando o título curto (running head) em português, com até 7 palavras; título do artigo em português, inglês e espanhol; Nome completo dos autores sem abreviaturas; credenciais institucionais dos autores; o nome e email do autor correspondente, no formato doc ou docx.
- O *Main document* (artigo) contendo o título, resumo e palavras-chave nos três idiomas. Esse documento deve ser apresentado no formato doc ou docx.

Envio de manuscritos - Antes de submeter o manuscrito, o(s) autor(es) poderão consultar o tutorial do Sistema ScholarOne disponível na página da revista.

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
 Secretaria Administrativa

Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ
 Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova
 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
 CEP 20.211-110
 Tel.: + 55 (21) 3938-0952
 Tel.: + 55 (21) 3938-0941
 E - mail: annaneryrevista@gmail.com