



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OFERTADA A CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI**

TERESINA - PI
2020

AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OFERTADA A CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como requisito necessário para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Coorientadora: Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa

TERESINA - PI
2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

A663a Araujo Filho, Augusto Cezar Antunes de.
 Avaliação da atenção primária à saúde ofertada a
 crianças menores de um ano do município de Teresina-PI /
 Augusto Cezar Antunes de Araujo Filho. – 2020.
 102 f. ; il.

 Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade
 Federal do Piauí, Teresina, 2020.
 “Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha”.
 “Coorientadora: Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa”.

 1. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3.
 Saúde da criança. 4. Cuidadores. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 618.92

AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OFERTADA A CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como requisito necessário para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 22 de abril de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha – Orientadora (Presidente)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa – Coorientadora (Vice-presidente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Simone Albino da Silva – 1ª Examinadora
Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia – 3ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges – 4º Examinador
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino – 1ª Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Luísa Helena de Oliveira Lima – 2ª Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

*Aos meus pais, **Cezar** e **Socorro**, meus primeiros professores da vida e maiores incentivadores.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser fonte inesgotável de amor, permitir, a cada dia, a realização de um novo sonho e pela possibilidade de batalhar para alcançar tantos outros.

Aos meus pais, Augusto Cezar Antunes de Araújo e Maria do Perpétuo Socorro Lages de Araújo, a quem deve ser atribuída esta conquista, pois foram os meus maiores incentivadores e melhores professores. Obrigado por abdicarem de muitos dos seus sonhos, para que eu e meus irmãos pudéssemos conquistar os nossos. Agradeço por acreditarem no poder da educação e serem os melhores pais que alguém poderia ter! Amo vocês! Muito obrigado por estarem sempre comigo e pelo amor incondicional!

Aos meus irmãos, Alexandre Cristian Lages de Araújo e Anna Karolina Lages de Araújo, por estarem sempre presentes em minha vida e serem meus exemplos de determinação. Vocês me inspiram! Amo vocês! À minha sobrinha, Isabela, por ser fonte de inspiração em minha vida!

À minha orientadora, Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha, por todo respeito, carinho, paciência e atenção dispensados em todo esse processo, desde o mestrado. Por ter confiado em meu trabalho e pelos ensinamentos, que não foram poucos, e superaram a vida acadêmica. Gratidão, professora, muito obrigado!

À minha coorientadora, Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa, que gentilmente aceitou colaborar com esta tese de doutorado e por estar sempre disponível. Suas contribuições foram valiosas para eu chegar até aqui. Muito obrigado, professora!

Aos componentes da Banca Examinadora de Qualificação, pela atenção e dedicação, bem como por todas as considerações realizadas que foram essenciais para melhoria do projeto de tese e execução deste trabalho.

Aos componentes da Banca Examinadora de Defesa, por todas as contribuições realizadas que foram importantes para melhoria desta tese.

À Universidade Federal do Piauí, minha segunda casa por muitos anos, local em que aprendi mais do que uma profissão. Agradeço, na pessoa do reitor, Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, toda a infraestrutura disponibilizada para trilhar esse caminho.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, inicialmente, na pessoa da Profa. Dra. Maria do

Livramento Fortes Figueiredo e, posteriormente, da Profa. Dra. Maria Eliete Batista de Moura, pela dedicação e pelo empenho na condução deste Programa de Pós-Graduação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro concedido, no primeiro ano de doutoramento, através da bolsa de estudos.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí que se dedicam à Pós-Graduação em Enfermagem, por toda a garra e determinação em busca de uma Enfermagem e de uma atenção à saúde mais qualificada.

A todos os servidores do Departamento de Enfermagem, sobretudo, à Ruth Barros e ao Leonardo Sousa, por sempre serem prestativos e disponíveis.

Aos meus amigos que sempre acreditaram no meu potencial e estiveram presentes em diversos momentos de minha vida, alegrando e promovendo encontros que me faziam esquecer um pouco a rotina da vida acadêmica.

Aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Teresina-PI, sobretudo, à Edna Albuquerque e Kaline Alencar, por terem contribuído grandemente na etapa de coleta de dados, quando achei que não conseguiria cumprir a amostra.

Aos cuidadores de crianças que aceitaram participar desta pesquisa.

Aos meus demais familiares e a todos que contribuíram de alguma maneira para que esse sonho se tornasse realidade, meu muito obrigado!

ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de. **Avaliação da atenção primária à saúde ofertada a crianças menores de um ano do município de Teresina-PI.** 2020. 102 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2020.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde apresenta impactos positivos nos indicadores e na saúde da população, configurando-se como importante aliada para saúde da criança, pois propicia melhorias na redução da morbimortalidade infantil. Assim, sua avaliação é fundamental, a fim de buscar elucidar pontos que ainda necessitam de melhorias. Objetivou-se avaliar a Atenção Primária à Saúde, ofertada a crianças menores de um ano, no município de Teresina-PI, Brasil, na perspectiva dos cuidadores. Estudo avaliativo, analítico, de delineamento transversal e abordagem quantitativa. Realizou-se nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Teresina-PI. Amostra composta por 383 cuidadores. Utilizou-se de questionário com dados sociodemográficos dos cuidadores e de saúde das crianças e do *Primary Care Assessment Tool*, versão criança. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2018 e abril de 2019, através de entrevista individual. Realizou-se a análise descritiva, além disso, a força de associação entre as variáveis foi analisada através dos testes de Kruskal-Wallis, com post-hoc de Dunn, para comparação das medianas, do teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher; e na análise multivariada, aplicou-se a regressão de Poisson com variância robusta dos erros-padrão. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, conforme parecer nº. 3.000.761. A maioria dos cuidadores era a mãe da criança, dona de casa, que vivia com companheiros, possuía idade entre 25 e 40 anos, ensino médio como grau de escolaridade, raça parda e baixa renda familiar. Predominaram crianças do sexo feminino, de zero a três meses de idade, da raça parda, que nasceram com normopeso e a termo. A maioria delas havia sido amamentada, estava com a situação vacinal atualizada e não havia sido hospitalizada. A maior parte das mães realizou pré-natal, comparecendo a mais de seis consultas. Observou-se que o escore essencial se associou às variáveis “problemas de saúde” ($p=0,046$) e “amamentação” ($p=0,045$), e o escore geral apresentou associação às variáveis “mãe vive com o companheiro” ($p=0,012$) e “ocupação do cuidador” ($p=0,033$). Quanto à análise multivariada, verificou-se que as crianças que residiam na zona leste ($RP=0,58$; $IC95\%=0,35-0,95$; $p=0,033$) e todas que foram amamentadas ($RP=0,64$; $IC=95\%=0,38-0,94$; $p=0,025$) apresentaram associação à menor prevalência de baixos valores do escore essencial da APS. Porém, crianças que possuíam problemas de saúde ($RP=1,93$; $IC95\%=1,12-3,25$; $p=0,015$) apresentaram associação à maior prevalência de baixos valores do escore essencial da APS. A avaliação da Atenção Primária à Saúde de crianças menores de um ano de Teresina-PI evidenciou altos escores médios essencial e geral. Contudo, destaca-se que alguns componentes de atributos essenciais e derivados receberam escores médios abaixo do ponto de corte.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Cuidadores. Enfermagem.

ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de. **Evaluation of primary health care offered to children under one year of age in the city of Teresina-PI.** 2020. 102 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Piauí. Teresina, 2020.

ABSTRACT

Primary Health Care has positive impacts on the indicators and the health of the population, representing an important ally for the health of the child, as it provides improvements in reducing child morbidity and mortality. Thus, its evaluation is essential in order to seek to clarify points that still need improvement. The objective was to evaluate Primary Health Care offered to children under one year old in the city of Teresina-PI, from the perspective of caregivers. Evaluative, analytical, cross-sectional study with a quantitative approach. It was carried out in the Basic Health Units of the urban area of Teresina-PI. The sample consisted of 383 caregivers. A questionnaire with sociodemographic data of the caregivers and children's health and the Primary Care Assessment Tool, child version, was used. Data collection took place between the months of December 2018 and April 2019, through individual interviews. Descriptive analysis was performed, in addition the strength of association between variables was analyzed using the Kruskal-Wallis tests with Dunn's post-hoc, to compare the medians, Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, and in multivariate analysis, Poisson regression with robust variance of standard errors was used. This study was approved by the Ethics Committee of the Municipal Health Foundation and by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, under opinion nº. 3,000,761. Most of the caregivers were the child's mother, a housewife, who lived with her companions, aged between 25 and 40 years old, high school with education level, mixed race and low family income. There was a predominance of female children, from zero to three months of age, of the brown race, who were born with normal weight and at term. Most of them had been breastfed, had an updated vaccination status and had not been hospitalized. Most mothers performed prenatal care, attending more than six consultations. It was observed that the essential score was associated with the variables "health problems" ($p = 0.046$) and "breastfeeding" ($p = 0.045$), and the general score was associated with the variables "mother lives with a partner" ($p = 0.012$) and "caregiver occupation" ($p = 0.033$). As for the multivariate analysis, it was found that children who live in the east ($PR = 0.58$; $95\% \text{ CI} = 0.35-0.95$; $p = 0.033$) and all who were breastfed ($PR = 0.64$; $95\% \text{ CI} = 0.38-0.94$; $p = 0.025$) were associated with a lower prevalence of low values of the essential PHC score. However, children who have health problems ($PR = 1.93$; $95\% \text{ CI} = 1.12-3.25$; $p = 0.015$) were associated with a higher prevalence of low values of the essential PHC score. The evaluation of Primary Health Care for children under one year old in Teresina-PI showed high average scores, essential and general, but it is important to highlight that some components of essential attributes and derivatives received average scores below the cutoff point.

Keywords: Health Evaluation. Primary Health Care. Child Health. Caregivers. Nursing.

ARAÚJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de. **Evaluación de la atención primaria de salud ofrecida a niños menores de un año en la ciudad de Teresina-PI.** 2020. 102 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Piauí. Teresina, 2020.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud tiene impactos positivos en los indicadores y en la salud de la población, convirtiéndose en un aliado importante para la salud del niño, ya que proporciona mejoras en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil. Por lo tanto, su evaluación es fundamental para tratar de aclarar puntos que aún necesitan mejoras. El objetivo fue evaluar la Atención Primaria de Salud ofrecida a niños menores de un año en la ciudad de Teresina-PI, desde la perspectiva de los cuidadores. Estudio evaluativo, analítico, transversal con enfoque cuantitativo. Se realizó en las Unidades Básicas de Salud del área urbana de Teresina-PI. La muestra consistió en 383 cuidadores. Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos de los cuidadores y la salud de los niños y la Herramienta de evaluación de la atención primaria, versión infantil. La recopilación de datos tuvo lugar entre los meses de diciembre de 2018 y abril de 2019, a través de entrevistas individuales. Se realizó un análisis descriptivo, además se analizó la fuerza de asociación entre variables utilizando las pruebas de Kruskal-Wallis con el post-hoc de Dunn, para la comparación de las medianas, la prueba de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, y En el análisis multivariado, se utilizó la regresión de Poisson con una varianza robusta de los errores estándar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Municipal de Salud y por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí, bajo el dictamen nº. 3.000.761. La mayoría de los cuidadores eran la madre del niño, una ama de casa, que vivía con sus acompañantes, con edades comprendidas entre 25 y 40 años, la escuela secundaria con nivel de educación, raza mixta y bajos ingresos familiares. Hubo un predominio de niñas, de cero a tres meses de edad, de raza marrón, que nacieron con normopeso y a término. La mayoría de ellos habían sido amamantados, tenían un estado de vacunación actualizado y no habían sido hospitalizados. La mayoría de las madres realizaron atención prenatal y asistieron a más de seis consultas. Se observó que la puntuación esencial se asoció con las variables "problemas de salud" ($p=0.046$) y "lactancia materna" ($p=0.045$), y la puntuación general se asoció con las variables "la madre vive con una pareja" ($p=0.012$) y "ocupación del cuidador" ($p=0.033$). En cuanto al análisis multivariante, se encontró que los niños que viven en la zona este ($PR=0.58$; $IC95\%=0.35-0.95$; $p=0.033$) y todos los que fueron amamantados ($PR=0.64$; $IC95\%=0.38-0.94$; $p=0.025$) se asociaron con una menor prevalencia de valores bajos de la puntuación PHC esencial. Sin embargo, los niños que tienen problemas de salud ($PR=1.93$; $IC95\%=1.12-3.25$; $p=0.015$) se asociaron con una mayor prevalencia de valores bajos de la puntuación esencial de PHC. La evaluación de Atención Primaria de Salud para niños menores de un año en Teresina-PI mostró puntajes promedio altos, esenciales y generales, pero es importante resaltar que algunos componentes de atributos esenciales y derivados recibieron puntajes promedio por debajo del punto de corte.

Palabras clave: Evaluación en Salud. Atención Primaria de Salud. Salud del Niño. Cuidadores. Enfermería.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATOOL	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RP	Razão de Prevalência
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Aspecto avaliado, conforme Donabedian, por atributo da APS. Teresina, 2020.

Quadro 2. Atributos e componentes avaliados, por quantidade de itens, conforme o *Primary Care Assessment Tool*. Teresina, 2020.

Quadro 3. Número e amostra de crianças menores de um ano por região da cidade de Teresina. Teresina, 2020.

Quadro 4. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde selecionadas por região da cidade de Teresina. Teresina, 2020.

Quadro 5. Distribuição proporcional da amostra por Unidade Básica de Saúde/Região de Teresina. Teresina, 2020.

Quadro 6. Variáveis independentes do estudo. Teresina, 2020.

Quadro 7. Variáveis dependentes do estudo. Teresina, 2020.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em Unidades Básicas de Saúde, da zona urbana, de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica das crianças menores de um ano, atendidas em Unidades Básicas de Saúde, da zona urbana, de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 3. Escore médio, mínimo e máximo dos atributos e componentes da APS da zona urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 4. Distribuição do grau de orientação à atenção primária à saúde dos atributos e componentes da APS. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 5. Associação entre o escore essencial da APS e as características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em UBS da região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 6. Associação entre o escore geral da APS e as características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em UBS da região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 7. Associação entre o escore essencial da APS e o perfil das crianças menores de um ano, atendidas em UBS, na região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 8. Associação entre o escore geral da APS e o perfil das crianças menores de um ano, atendidas em UBS, na região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 9. Modelo final da regressão de Poisson para as variáveis associadas a baixos valores do escore essencial da Atenção Primária à Saúde. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Tabela 10. Modelo final da regressão de Poisson para as variáveis associadas a baixos valores do escore geral da Atenção Primária à Saúde. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualização do problema e do objeto de estudo	14
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Geral.....	18
1.2.2 Específicos	18
1.3 Justificativa	19
2. REFERENCIAL TEMÁTICO	21
2.1 A Atenção Primária à Saúde	21
2.2 Os atributos da Atenção Primária à Saúde	24
2.2.1 Atributos essenciais.....	24
2.2.2 Atributos derivados	26
2.3 Avaliação em Saúde e a Atenção Primária à Saúde	27
3. MÉTODO	31
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 Local do estudo	31
3.2.1 Cenário do estudo	32
3.3 Participantes do estudo	32
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	35
3.5 Instrumentos para coleta de dados	36
3.6 Procedimentos para coleta de dados	37
3.7 Variáveis investigadas e análise dos dados	39
3.7.1 Variáveis investigadas	39
3.7.2 Análise dos dados	40
3.8 Aspectos éticos e legais	42
4. RESULTADOS	44
4.1 Análise univariada	44
4.1.1 Caracterização dos cuidadores de crianças menores de um ano	44
4.1.2 Caracterização das crianças menores de um ano	45
4.1.3 Avaliação dos atributos e componentes da Atenção Primária à Saúde.....	47
4.2 Análise bivariada	48
4.3 Análise multivariada	54
5. DISCUSSÃO.....	57
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	70
7. CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE	85
ANEXOS.....	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e do objeto de estudo

A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) prevê a Atenção Primária à Saúde (APS) como suporte de sistemas de saúde efetivos, os quais possuem o objetivo de oferecer atenção integral e equitativa, mundialmente, para todos os indivíduos (SALEH et al., 2015). Com isso, considera-se a APS como meio de alcançar a cobertura de saúde universal, prioridade na agenda de desenvolvimento global.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1978, p.1), a APS consiste em:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Nesse sentido, constata-se a necessidade de reunir esforços, por parte de todos os governos, com a finalidade de construir políticas, traçar estratégias e planos para difundir a APS (OMS, 1978). Por isso, reformas nos sistemas de saúde têm acontecido, com intuito de promover uma atenção à saúde centrada em cuidados primários de saúde. Entretanto, mundialmente, sabe-se que a atenção à saúde, ainda, permanece fortemente focada na doença e são limitadas às ações que otimizam a saúde e minimizam a carga das doenças, sobretudo, nos grupos vulneráveis (WHITE, 2015).

Para que os sistemas de saúde sejam eficazes e eficientes, devem se alicerçar na APS, considerada pedra fundamental na construção de sistemas de saúde sustentáveis para o século XXI (WHITE, 2015). Ademais, a APS fornece estrutura capaz de atender às necessidades da população e melhorar a saúde da população, reduzir o crescimento dos custos e diminuir a desigualdade (STIGLER et al., 2016).

No Brasil, por sua vez, o cenário começou a modificar apenas na década de 1980, através do movimento da reforma sanitária. Grande avanço foi registrado, em 1988, com a nova Constituição Federal, a qual assegura a saúde como direito de

todos e dever do Estado, o que oportunizou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 (GUANAIS, 2013). Tal sistema foi responsável por romper radicalmente com um modelo de atenção excludente, seletivo e que vislumbrava a saúde como produto de mercado, passando, portanto, a se firmar como resposta às necessidades de saúde da população brasileira (BARBIANI et al., 2014).

O SUS foi criado com objetivo de transformar a desigualdade na assistência à saúde da população, a qual deve ser estruturada a partir dos princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade dos diferentes recursos (PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014; BARBIANI et al., 2014). Segundo Guanais (2013), a propagação da APS foi a principal propulsora pela implementação inicial do SUS, sobretudo, através do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, o qual foi, posteriormente, denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF, por seu turno, constitui um dos pilares da APS no Brasil. O principal objetivo é promover atenção à saúde centrada na família, mediante o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional, por meio da promoção de assistência integral, contínua e qualificada (BRASIL, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Para Kebian e Oliveira (2015), a ESF propicia espaço privilegiado para aplicar práticas de cuidado diferenciadas, tendo em vista que, através dela, é possível identificar o contexto da população e as principais demandas.

Com a expansão e adequação da ESF, foi possível melhorar o acesso e a utilização dos serviços pela população, sobretudo, por aquela mais carente de atenção, bem como o acesso aos tratamentos; alcance de resultados de saúde aperfeiçoados, com redução na mortalidade infantil e adulto para algumas condições sensíveis à atenção primária; maior eficiência do SUS, com redução de internações desnecessárias (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

No Brasil, a Atenção Básica tem sido utilizada como sinônimo para APS. Deste modo, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS se caracteriza como ações de saúde, desenvolvidas de maneira individual ou coletiva, que buscam proporcionar a promoção e proteção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, a fim de promover uma atenção integral (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos, tem se buscado modificar o modelo de atenção biomédico, centrado no atendimento de doentes e que ainda se encontra em hegemonia, por

um que busque oportunizar uma assistência universal, integral, equânime, que garanta a qualidade de vida, a autonomia dos sujeitos e provoque impacto na situação, nos determinantes e condicionantes de saúde da população (PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014).

A partir dessa perspectiva, a APS ganha ainda mais força, tendo em vista que suas diretrizes se contrapõem ao modelo de atenção atual (CUNHA; SÁ, 2013). A APS possui como foco de atenção a pessoa, coordena ou integra a assistência recebida em outros níveis e oportuniza a entrada no sistema de saúde, quando surgem necessidades e problemas novos (STARFIELD, 2002). Além do mais, melhora a qualidade de vida e os indicadores de saúde da população, bem como reduz as desigualdades socioeconômicas e contribui para redução de taxas de internação por condições sensíveis à APS (MALTA et al., 2016).

Mendes (2015) elucida que a APS possui três interpretações. A primeira, definida como atenção primária seletiva, entendida como programa específico para populações de baixa renda. A segunda, apontada como o primeiro nível de atenção, está relacionada à organização e à função de porta de entrada. E, por fim, a terceira interpretação, referida como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e diz respeito à função de coordenação do cuidado. Portanto, a APS é responsável por organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, desde os básicos até os especializados, a fim de promover, manter e melhorar a saúde dos indivíduos (STARFIELD, 2002).

Desse modo, entende-se que, quando apoiada por fortes políticas de saúde pública e com efeitos alinhados em domínios sociais, econômicos e políticos, a APS tem papel central para o alcance do desenvolvimento sustentável, tendo em vista a capacidade de contribuir na realização das metas de desenvolvimento sustentável (PETTIGREW et al., 2015). Além disso, torna-se fundamental melhorar a qualidade da APS, a fim de construir sistemas de saúde mais fortes (AOKI; INOUE; NAKAYAMA, 2016).

No que diz respeito à saúde da criança, a APS deve ser considerada como porta prioritária (SILVA; VIERA, 2014). Além disso, deve-se vislumbrar para que todas as possibilidades de cuidado sejam esgotadas nesse nível de atenção, antes do encaminhamento para os outros níveis. Na perspectiva da APS, a criança deve ser considerada ser biopsicossocial, que possui múltiplas relações, e deve-se

valorizar a família e o contexto de vida desta, pois isso favorece a análise das necessidades e vulnerabilidades infantis e promove, conseqüentemente, a melhoria na assistência à criança (FURTADO et al., 2013).

Assim, observa-se a APS como grande aliada à saúde da criança, tendo em vista que as ações de saúde priorizam as reais necessidades infantis e contribuem para melhoria da qualidade de vida e saúde desse grupo populacional. Estudos demonstram que a expansão da APS resultou em melhorias na saúde infantil, incluindo reduções na mortalidade infantil e, especialmente, na mortalidade pós-neonatal (MACINKO; HARRIS, 2015; BASTOS et al., 2017), bem como na morbidade e na gravidade dos problemas que comprometem a saúde de crianças menores de um ano (PINTO JÚNIOR et al., 2018).

No entanto, enfatiza-se que para a APS apresentar impactos positivos nos indicadores e na saúde da população, é indispensável que, além da cobertura dos serviços, haja qualidade no cuidado e atendimento (FERREIRA et al., 2014). Na perspectiva de ampliar o acesso e qualificar os serviços da APS, criou-se, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual busca enfrentar alguns entraves, como precariedade da rede física, condições de trabalho dos profissionais inadequadas, sobrecarga das equipes, problemas relacionados à integração da equipe, bem como associados à baixa integralidade e resolutividade das práticas e à necessidade de qualificação dos processos de trabalho, dentre outras (BRASIL, 2015).

Para tanto, Mendes (2015) considera que apenas será possível edificar uma APS de qualidade quando os atributos começarem a ser totalmente operacionalizados. Deste modo, a APS deve apresentar quatro atributos essenciais e três derivados (STARFIELD, 2002), os quais, de acordo com Silva et al. (2014), determinam o quanto um serviço de saúde está embasado nos princípios da APS. Neste sentido, é imprescindível a avaliação dos serviços de APS, identificando a presença e extensão desses atributos, com a finalidade de reorganizar as ações para uma atenção primária à saúde mais qualificada (FERREIRA et al., 2016).

Salienta-se, neste sentido, que o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) tem sido o instrumento mais utilizado no Brasil para esta finalidade, porquanto se configura como ferramenta que mais se aproxima da ESF proposta pela PNAB (FRACOLLI et al., 2014). Possui versões que contemplam usuários adultos,

cuidadores de crianças e profissionais, e, por sua vez, é capaz de capturar as percepções desses diferentes atores sociais acerca da APS (SILVA et al., 2014).

Diante do exposto, este estudo elaborou a seguinte questão de pesquisa: os atributos da Atenção Primária à Saúde: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar e orientação comunitária, estão presentes e possuem extensão nos cuidados primários de saúde ofertados a crianças menores de um ano, em Teresina-PI, na percepção dos cuidadores?

Nessa perspectiva, supôs-se que os atributos da Atenção Primária à Saúde: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar e orientação comunitária estão presentes e possuem extensão nos cuidados primários de saúde ofertados a crianças menores de um ano, em Teresina-PI, na percepção dos cuidadores.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Avaliar a Atenção Primária à Saúde ofertada a crianças menores de um ano, no município de Teresina-PI, na perspectiva dos cuidadores.

1.2.2 Específicos

Caracterizar o perfil dos cuidadores e das crianças menores de um ano, no âmbito da Estratégia Saúde da Família;

Identificar a presença e a extensão dos atributos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar e orientação comunitária, ofertada a crianças menores de um ano, a partir da experiência dos cuidadores;

Verificar a associação entre o perfil dos cuidadores e das crianças menores de um ano e os escores médios geral e essencial da APS;

Comparar a presença e a extensão dos escores médios geral e essencial da APS, por zonas da cidade de Teresina-PI.

1.3 Justificativa

Observa-se a necessidade de realizar pesquisas na área da Saúde da Criança, com objetivo de melhorar a saúde da população infantil. Além disso, o Ministério da Saúde brasileiro considera esta área como prioridade de investigação e, atualmente, a OMS indica a Atenção Primária à Saúde como forma prioritária para se atingir a cobertura de saúde universal. Portanto, acredita-se ser fundamental avaliar a APS para se ter a compreensão de como esse cuidado está sendo oferecido à população, a fim de tornar possível a promoção de ações de saúde mais eficazes, que atendam às reais necessidades das crianças e reduzam a morbimortalidade desse grupo etário.

Sabe-se que a garantia de resultados eficientes e da qualidade dos cuidados primários está condicionada à presença e extensão dos atributos da APS de maneira satisfatória. Por isso, compreende-se que essa avaliação oportunizará a identificação do quanto os serviços de saúde de Teresina-PI estão embasados na APS, bem como se esses cuidados primários estão sendo desenvolvidos de forma que garanta resultados efetivos e atenção à saúde de qualidade para crianças menores de um ano.

Ressalta-se que a APS, na perspectiva de cuidadores de crianças menores de um ano, ainda não foi avaliada em Teresina-PI. Neste sentido, espera-se que esta avaliação revele dados importantes para identificação das potencialidades e fragilidades da Atenção Primária à Saúde ofertada a crianças menores de um ano.

Acredita-se que os achados desta Tese de Doutorado poderão ser aplicados no ensino-aprendizagem de disciplinas voltadas à área da Saúde da Criança e Atenção Primária à Saúde, tanto na graduação quanto na pós-graduação, a fim de estimular a compreensão sobre aspectos que necessitam ser revisitados e repensados, a fim de favorecer a melhoria da assistência à criança na APS. Somado a isso, intenciona-se que este estudo subsidie outras pesquisas na área da Saúde e de Enfermagem, e favoreça a produção científica neste campo, com respostas a novos questionamentos que possam ser suscitados.

Ademais, este estudo busca incitar reflexões, por parte de profissionais e gestores de saúde, com intuito de contribuir para mudanças que se apresentarem como necessárias e importantes na Atenção Primária à Saúde da criança menor de

um ano, em Teresina-PI, bem como para consolidar a APS como forma prioritária para alcançar os melhores resultados de saúde.

Com a Campanha *Nursing Now*, a Enfermagem ganha mais destaque mundialmente, sendo considerada profissão capaz de promover o alcance da saúde universal, através da APS. Nesta perspectiva, este estudo poderá auxiliar os enfermeiros, que atuam na APS de Teresina-PI, no planejamento e na implementação de ações de saúde que sejam baseadas nas reais necessidades da população infantil e que impactem diretamente na melhoria dos indicadores.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 A Atenção Primária à Saúde

O Relatório de Dawson é tido como o marco da Atenção Primária à Saúde, que recomendava proporcionar de forma sistemática serviços médicos e afins que deveriam estar à disposição de uma população de determinada região. Além disso, de acordo com este documento, a disponibilidade de serviços de saúde somente poderia ser assegurada através de uma organização nova e ampliada, em função das necessidades de saúde dos indivíduos (OPAS, 1964).

Na década de 1970, entidades internacionais debateram a APS como abrangente, que possui função central dos sistemas de saúde e que, além disso, possibilita o desenvolvimento social e econômico das comunidades. Assim, na Declaração de Alma-Ata, a APS foi entendida como algo essencial, que deve ter acesso garantido a toda população, com ações focadas na prevenção e promoção da saúde. Além disso, esta declaração assegura que a saúde da população é de responsabilidade dos governos, reafirmando-a como direito fundamental do ser humano (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, sob a ótica da Declaração de Alma-Ata, instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e culminou com a criação do SUS, o qual busca promover atenção à saúde, pautada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Assim como responsabiliza o governo como provedor de serviços de saúde que abranjam todos os indivíduos e atendam às necessidades destes (FIOCRUZ; CNS, 2018).

Em 2018, na cidade de Astana, realizou-se a Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata à cobertura universal de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a qual teve como propósito reafirmar compromissos da Declaração de Alma-Ata de 1978 e da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (OMS, 2018).

Na Declaração de Astana, é reafirmado o direito fundamental de qualquer indivíduo à saúde e que os serviços de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos devem ser acessíveis a todos. Esta declaração aponta que para melhoria da saúde das pessoas, bem como do bem-estar social destas, é

necessário o fortalecimento da APS. Além disso, refere que APS é fundamental para sistemas de saúde sustentáveis, que possibilitem o alcance da cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde, por ser a forma mais econômica e inclusiva (OMS, 2018; BINAGWAHO; GHEBREYESUS, 2019).

Vários países possuem o desejo de alcançar a cobertura universal de saúde, inclusive o Brasil, pois esta busca expandir o acesso da população aos serviços de saúde e promover serviços que atendam às reais necessidades dos indivíduos. Acredita-se que, através dela, será possível aprimorar condições de saúde da população e melhorar aspectos sociais, econômicos e a qualidade de vida dos indivíduos (KEMPER et al., 2018). Deste modo, possui consonância com os princípios doutrinários do SUS.

A APS é entendida como o cerne dos sistemas universais de saúde. Com o intuito de fortificar os sistemas de saúde, é necessária a qualificação da APS (KEMPER et al., 2018). Consoante, Giovanella (2018) infere que é preciso o fortalecimento da APS, entre formuladores de políticas, tendo em vista que diversos benefícios são promovidos nos sistemas de saúde, apoiados por uma APS de qualidade.

É imperativa a necessidade de fortalecer a APS, pois ela possui características capazes de reduzir as disparidades de saúde existentes entre os diferentes níveis sociais da população, sendo considerada mais equitativa que outros níveis de maior densidade tecnológica (STARFIELD, 2001; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

De modo similar, autores afirmam que a centralidade da APS nos sistemas de saúde é fundamental para alcançar resultados aperfeiçoados na saúde dos indivíduos e aprimorar a equidade nos serviços de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Ademais, é inquestionável que a ampliação dos serviços de APS no Brasil impactou positivamente na saúde da população, uma vez que oportunizou a ampliação do acesso (GIOVANELLA et al., 2018).

Estudo de revisão aponta que a expansão da APS produziu relevante impacto na saúde dos indivíduos brasileiros, proporcionando desde melhoria do acesso aos serviços de saúde; de indicadores considerados negativos (mortalidade infantil e adulta, bem como hospitalizações desnecessárias); da equidade nos serviços de

saúde; ampliação de acesso a tratamentos, entre outros (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Com relação aos impactos da APS na redução da mortalidade, Starfield, Shi e Macinko (2005) afirmam que quanto maior a orientação da APS, menores as taxas de mortalidade por todas as causas.

Quanto à mortalidade infantil, estudo que utilizou dados secundários dos 27 estados brasileiros, demonstrou que entre os anos 1990 e 2002, houve redução de 49,7 para 28,9 por 1000 nascidos vivos, na taxa de mortalidade infantil (TMI). Segundo este estudo, a diminuição da TMI estaria associada ao Programa Saúde da Família, embora não seja o único contribuinte (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

No que se refere à redução de hospitalizações desnecessárias, Starfield, Shi e Macinko (2005) referem, como benefício da APS, o impacto dos cuidados primários de saúde na resolutividade de problemas de saúde antes de se tornarem graves e, assim, não necessitem de hospitalização.

Como forma de avaliar o acesso e a qualidade da APS, tem-se utilizado o indicador relacionado às taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária, tendo em vista que altas taxas podem refletir em problemas relacionados, sobretudo, ao acesso da população aos serviços de saúde e ao desempenho do SUS. Torna-se importante destacar que condições sensíveis à atenção primária são aqueles problemas de saúde que teriam o risco de internações minimizados, através da melhoria da resolutividade e efetividade das ações da APS (ALFRADIQUE et al., 2009).

Estudo realizado por Pinto e Giovanella (2018) que tinha como objetivo avaliar os efeitos da implementação da Estratégia Saúde da Família, ao longo das duas últimas décadas no Brasil, aponta que a redução de 45% nas taxas padronizadas de internações por condições sensíveis à APS por 10 mil habitantes, entre os anos de 2001 e 2016, pode estar relacionada ao crescimento da cobertura da ESF no Brasil, embora exista a impossibilidade de isolar os efeitos da APS.

Os achados de estudo realizado na Bahia, entre 2000 e 2012, revelam associação entre a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de um ano e o aumento da cobertura da ESF dos municípios baianos (PINTO JÚNIOR et al., 2018).

2.2 Os atributos da Atenção Primária à Saúde

Conforme Starfield (2002), a APS possui atributos essenciais e derivados, os quais, segundo Mendes (2015), possuem imprescindibilidade de operacionalização, de forma ampla, para se alcançar uma APS de qualidade.

2.2.1 Atributos essenciais

Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (STARFIELD, 2002), assim denominados devido à necessidade para o provimento da atenção primária (HARZHEIM et al., 2006).

O acesso de primeiro contato sugere a acessibilidade e o uso dos serviços de saúde quando existem novas demandas na área (STARFIELD, 2002). De acordo com Oliveira e Pereira (2013) e Portela (2017), o primeiro contato é tido como a porta de entrada do sistema de saúde e significa a identificação do serviço de saúde como solução principal, pela população, para as necessidades. Além disso, para Portela (2017), o acesso deve ser de forma fácil a cada nova demanda.

A presença desse atributo pode ser mensurada através de questões concernentes aos serviços de saúde da APS, como a localização geográfica e o uso regular ao longo do tempo (DAMASCENO et al., 2016). Quando este atributo está presente e extenso na APS, observa-se redução em indicadores negativos de saúde, sobretudo, nos de morbimortalidade e internações hospitalares. Ademais, verifica-se diminuição de tempo na resolução das necessidades de saúde, de encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção e, conseqüentemente, dos custos (PAULA et al., 2016a).

O atributo longitudinalidade consiste na existência de profissionais capazes de promover cuidados de saúde à população, de forma contínua, e o uso permanente desses serviços pela população, sem que exista limitação a determinados problemas (STARFIELD, 2002). Este atributo diz respeito à assistência prestada por profissionais aos usuários do sistema de saúde, na qual este indivíduo é acolhido, de maneira integral, constantemente (FRANK et al., 2015).

A longitudinalidade é considerada como central da APS, tendo em vista que suas características possuem harmonia ao que é proposto pela ESF, como o suprimento das necessidades de saúde da população, através do desenvolvimento de cuidados primários aos indivíduos, à família e comunidade (VAZ et al., 2015). Para Oliveira e Pereira (2013), a presença desse atributo possibilita de maneira mais eficaz o reconhecimento de diagnósticos e, conseqüentemente, o tratamento. Além disso, tende a reduzir encaminhamentos dispensáveis a outros níveis de atenção e procedimentos.

Assim, este atributo implica diversos benefícios, como redução na utilização de serviços, menor morbidade por doenças preveníveis, reconhecimento mais hábil dos problemas dos pacientes, melhoria na prevenção e promoção da saúde, propicia assistência mais adequada e oportuna e reduz custos e hospitalizações desnecessárias (STARFIELD, 2002). Além disso, Vaz et al. (2015) ressaltam que esse atributo promove maior satisfação dos usuários com relação ao sistema de saúde.

A integralidade consiste nos serviços de saúde disponíveis e prestados pela APS, bem como nos encaminhamentos a outros níveis de atenção, a fim de ofertar atenção integral aos indivíduos, a qual deve possibilitar o suprimento das necessidades de saúde dos indivíduos, através de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; e o reconhecimento apropriado dos problemas que ocasionam doenças (STARFIELD, 2002).

A importância da integralidade está relacionada à capacidade deste atributo em assegurar que os serviços de saúde se ajustem às particularidades que cada indivíduo apresenta como necessidades de saúde (STARFIELD, 2002). Segundo Diniz et al. (2016), esse atributo exige que as necessidades de saúde da criança e respectiva família sejam reconhecidas adequadamente e abordadas na APS.

O atributo coordenação de atenção diz respeito à garantia de continuidade do cuidado, na perspectiva de uma rede articulada de serviços de saúde, e à oportunidade de identificar problemas que carecem de acompanhamento permanente (STARFIELD, 2002). Para Portela (2017), esse atributo se refere à possibilidade de troca de informações acerca do cuidado dispensado aos indivíduos por profissionais da própria UBS ou entre os diferentes serviços das RAS.

Segundo Brasil (2010, p. 9), quando a APS se encontra pautada no atributo coordenação da atenção, deve ter a capacidade de integrar o cuidado recebido pelo indivíduo em todos os níveis de atenção. Este atributo é essencial para garantia dos demais atributos da APS (STARFIELD, 2002), tendo em vista que, sem ela, o acesso de primeiro contato não passaria da função administrativa, o potencial da longitudinalidade não seria alcançado em sua totalidade e haveria comprometimento da integralidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

2.2.2 Atributos derivados

Os atributos derivados, por sua vez, são: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002), que qualificam a APS e ampliam a interação dos indivíduos/comunidade com os serviços de saúde (HARZHEIM et al., 2006).

A orientação familiar, também reconhecida como atenção à saúde centrada na família, culmina na necessidade de considerar o contexto familiar na assistência à saúde, bem como reconhecer os problemas de saúde da família (STARFIELD, 2002). Tal abordagem possibilita novas maneiras de cuidar, através de atenção comprometida com o suprimento das necessidades e sendo mais resolutiva, uma vez que considera o contexto em que o indivíduo/família vive (SANTOS et al., 2016; WOLKERS et al., 2017).

O atributo orientação comunitária diz respeito à obrigação dos serviços de APS em reconhecer as necessidades de saúde da comunidade. Além disso, torna-se fundamental a participação ativa dos indivíduos nesse processo de planejamento e avaliação dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). De acordo com Wolkers et al. (2017), qualquer vulnerabilidade nesse atributo pode afetar o planejamento e a avaliação.

A competência cultural diz respeito ao “reconhecimento de necessidades de saúde especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais” (STARFIELD, 2002, p. 487).

2.3 Avaliação em Saúde e a Atenção Primária à Saúde

Conforme Novaes (2000), a avaliação de programas, serviços e tecnologias, em geral e na saúde, tem se expandido e se diferenciado, conceitual e metodologicamente, tendo em vista a necessidade constante de ferramentas que auxiliem em decisões para implementação de políticas públicas, no sistema e nos serviços de saúde.

Atualmente, segundo Fehr et al. (2017), existem gama específica de avaliações de saúde, as quais buscam investigar status, necessidades, impacto, desempenho, entre outros aspectos, e tem como objetivo proporcionar a formulação e a prática de políticas baseadas em evidências.

Segundo Contandriopoulos (1997), a avaliação possui o intuito de oportunizar a tomada de decisões, e é compreendida como o ato de realizar julgamento de valor com relação a uma intervenção ou acerca de qualquer um dos seus componentes.

Para Silva (2005), este conceito limita o escopo da avaliação apenas à dimensão instrumental da ação, por isso, recomenda-se que para avaliação ampliar seu escopo e ser vista como um campo, é necessária a substituição do termo intervenção por práticas sociais. Assim, políticas, programas e serviços de saúde têm sido os objetos de avaliação mais frequentes, entre as práticas resultantes da ação social planejada (SILVA, 2005).

De acordo com Donabedian (1978), a avaliação da qualidade se refere a um juízo de valor sobre o processo dos cuidados prestados por profissionais, de maneira individual ou em grupo. Além disso, a avaliação tem como objetivo o monitoramento, com a finalidade de detectar e corrigir problemas de maneira precoce.

Outros autores corroboram com as ideias de Donabedian (1978), como Novaes (2000) que afirma a existência de interface entre qualidade e avaliação, tendo em vista que a avaliação possui como premissa estabelecer um juízo, um valor sobre algo; bem como Champagne et al. (2011) que afirmam que avaliar constitui juízo de valor acerca de determinada intervenção.

Silva (2005) sinaliza que a avaliação pode impactar tanto na melhoria das intervenções em saúde quanto no julgamento sobre as características das práticas (cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, dentre outras), por meio das

informações geradas. Por sua vez, Fehr et al. (2017) afirmam que as avaliações seguem procedimento gradual e integram gama de metodologias e possuem como foco a resolubilidade de problemas do mundo real.

Segundo Felisberto (2004), institucionalizar a avaliação no contexto da APS se torna condição imperativa para qualificação da mesma, uma vez que possibilita estruturação e sistematização dos processos. Além disso, ratifica-se essa necessidade de avaliar a APS, por ser entendida como parte fundamental nos sistemas de saúde, bem como por estar relacionada a melhorias nos resultados de saúde, equidade e custos (STARFIELD, 1994; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Conforme Tanaka (2011, p. 931), a avaliação no contexto da APS “é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão”. Afirmar, ainda, que a avaliação se configura como instrumento político que tem por finalidade oportunizar mudanças ou influenciar a direção e a velocidade da atenção à saúde.

De acordo com Tanaka e Tamaki (2012), o processo avaliativo deve promover que a tomada de decisão, seja em conformidade com as necessidades de saúde da população, as metas dos serviços e a participação dos interessados, a fim de implementar as decisões tomadas. Nesta perspectiva, Santos (1995) ressalta que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, na visão do usuário, é ininterrupta e que devem buscar alcançar a satisfação do usuário. Além disso, a autora refere que essa avaliação varia de acordo com o contexto da época, o entendimento do processo saúde-doença pelos usuários, a forma de organização dos serviços e a classe social dos usuários.

Silva (2016) informa que a melhoria da assistência não é ocasionada pelo conhecimento sobre a avaliação dos usuários quanto aos serviços de saúde ofertados, mas através da reorganização dos serviços de saúde, a qual depende de políticas públicas que, na maioria das vezes, são demoradas. Para Paiva et al. (2015), a avaliação, na perspectiva do usuário, possui a capacidade de promover mudanças de atitudes e decisões dos profissionais de saúde, tendo em vista que auxilia no planejamento das ações e na tomada de decisões.

É relevante destacar que a avaliação da APS, no contexto brasileiro, tem sido realizada, considerando a perspectiva dos usuários (versão adulto e criança) e do profissional, através do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), o qual se configura como instrumento mais utilizado, pois é a ferramenta que mais se

aproxima da ESF (FRACOLLI et al., 2014), proposta pela PNAB (BRASIL, 2017). Acredita-se que lacuna importante foi preenchida com o PCATool, tendo em vista que este instrumento proporciona a medida sobre a estrutura e, sobretudo, o processo de atenção da APS (BRASIL, 2010).

Em conformidade com Brasil (2012), a utilização do PCATool, na realização de pesquisas, permite maior rigor e qualidade. Ademais, é considerado importante devido à capacidade de mensurar presença e extensão dos atributos da APS, nos diversos cenários dos serviços de saúde.

Torna-se oportuno observar que o *Primary Care Assessment Tool* foi desenvolvido com base no modelo de avaliação de qualidade dos serviços de saúde de Donabedian (1978). Através de entrevistas, que podem ser realizadas no domicílio ou nos serviços de saúde, este instrumento é capaz de reconhecer aspectos que necessitam ser ratificados ou reestruturados, com a finalidade de melhorar a qualidade do planejamento e das ações de saúde da APS (BRASIL, 2010).

No instrumento *Primary Care Assessment Tool*, os atributos essenciais, diferentemente dos derivados, são formados por um componente que diz respeito à estrutura e outro relacionado ao processo de atenção, como visualizado no Quadro 1.

Quadro 1. Aspecto avaliado, conforme Donabedian, por atributo da APS. Teresina, 2020.

Classificação dos atributos	Atributos	Componentes	Aspectos avaliados
Essenciais	Acesso de primeiro contato	Acessibilidade	Estrutura
		Utilização	Processo
	Longitudinalidade	Grau de afiliação	Estrutura
		Longitudinalidade	Processo
	Integralidade	Serviços disponíveis	Estrutura
		Serviços prestados	Processo
Derivados	Coordenação	Sistemas de informação	Estrutura
		Integração de cuidados	Processo
	Orientação familiar	-	-
	Orientação comunitária	-	-

Fonte: Brasil (2010).

Destaca-se que, neste estudo, utilizou-se da versão criança, a qual se apresenta como adequada para avaliação e comparação dos aspectos de estrutura e processo dos serviços de APS (ARAÚJO et al., 2018). Tal instrumento apresenta 10 componentes, divididos em 55 itens, os quais têm relação com os atributos da APS, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Atributos e componentes avaliados, por quantidade de itens, conforme o *Primary Care Assessment Tool*. Teresina, 2020.

Atributos	Componentes	Quantidade de itens	
Acesso de Primeiro Contato	Utilização (B)	3	(B1, B2 e B3)
	Acessibilidade (C)	6	(C1, C2, C3, C4, C5 e C6)
Longitudinalidade	Grau de Afiliação (A)	3	(A1, A2 e A3)
	Longitudinalidade (D)	11	(D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10 e D11)
Coordenação	Integração de Cuidados (E)	5	(E2, E3, E4, E5 e E6)
	Sistema de Informações (F)	3	(F1, F2 e F3)
Integralidade	Integralidade – Serviços Disponíveis (G)	9	(G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9)
	Integralidade – Serviços Prestados (H)	5	(H1, H2, H3, H4 e H5)
Orientação Familiar (I)	-	6	(I1, I2, I3, I4, I5 e I6)
Orientação Comunitária (J)	-	4	(J1, J2, J3 e J4)

Fonte: Brasil (2010).

Portanto, empregaram-se os itens apresentados para avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e respectivos componentes, bem como dos atributos derivados para, consequentemente, estimar o grau de orientação da Atenção Primária à Saúde, no município de Teresina-PI, Brasil.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa, analítica, de delineamento transversal e abordagem quantitativa.

A pesquisa avaliativa compreende o julgamento realizado a respeito de alguma prática social, por meio de metodologias científicas (SILVA, 2005). E pesquisa analítica corresponde àquela que busca avaliar mais profundamente os dados coletados, com intuito de explicar o contexto de um fenômeno, em um grupo ou população (MARCONI; LAKATOS, 2005).

3.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado no município de Teresina, capital do Estado do Piauí, o qual possui área de 1.391,981 Km² e está localizado na Região Nordeste do Brasil.

De acordo com Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), este município possuía população de 814.230 habitantes, densidade demográfica de 584,94 habitantes/km² e população estimada de 861.442 habitantes, para o ano de 2018 (IBGE, 2010). Conforme dados disponíveis no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2012, a população menor de um ano, residente no município de Teresina, era de 12.683 habitantes (BRASIL, 2012). Teresina possui índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,751. Tem percentual de 35,3% da população ocupada formalmente, com renda mensal média de 2,8 salários mínimos (IBGE, 2010).

A Estratégia Saúde da Família foi adotada, neste município, como modelo prioritário de atenção primária, com cobertura de 100% da população. Segundo dados, disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina, este município conta com 264 equipes de Saúde da Família, sendo 242 equipes com saúde bucal, 21 equipes sem saúde bucal e uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde. Informa-se que 37 equipes aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso

e Qualidade (PMAQ). Além disso, a rede de Atenção Primária à Saúde de Teresina possui três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais promovem assistência a 26 equipes de Saúde da Família.

3.2.1 Cenário do estudo

Foi composto por Unidades Básicas de Saúde (UBS), da zona urbana, do município de Teresina-PI.

O município possui 90 UBS, das quais 75 se encontram na zona urbana e 15 na rural. Torna-se relevante destacar que as 90 UBS são distribuídas conforme a divisão administrativa, em quatro regiões (norte, leste, sul e sudeste). A região norte, que abrange também a central, possui quantitativo de 24 UBS (19 na zona urbana e, cinco, na rural); a leste é composta por 21 UBS (15 urbanas e seis, na zona rural); a composição da região sul se dá por 29 UBS (25 na zona urbana e quatro, na rural); e, a sudeste, compõe-se por 16 UBS (13 urbanas e três rurais).

Conforme informações, disponibilizadas pela FMS, todas as UBS são informatizadas, o que oportunizou a implantação de forma total do acesso ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e ao Gestor Saúde (sistema de marcação *online* de consultas e exames especializados).

3.3 Participantes do estudo

Participaram deste estudo cuidadores de crianças menores de um ano, da zona urbana, de Teresina-PI. Optou-se por essa faixa etária, devido ao fato de crianças nessa idade utilizarem com mais frequência os serviços de APS e por serem mais suscetíveis à morbimortalidade, pois segundo França et al. (2017), os óbitos em menores de um ano representaram por volta de 90% das mortes em menores de cinco anos, em 2015. Estudo realizado com dados extraídos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), referentes aos anos de 2004 a 2013, verificou que crianças menores de um ano apresentaram maiores

taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária do que crianças entre um e quatro anos de idade (RIBEIRO; ARAÚJO FILHO; ROCHA, 2019).

Torna-se importante ressaltar que cuidador foi entendido como o maior responsável pelos cuidados da saúde da criança, o qual pode ser identificado pela seguinte pergunta, utilizada por Harzheim (2004), em pesquisa de validação do PCATool: Quem é que melhor sabe informar sobre a saúde da criança? Tais cuidadores foram selecionados de forma accidental, tendo em vista que foram convidados a participar aqueles que buscaram as UBS para consulta de puericultura da criança, no período da coleta de dados. Em uma UBS, houve dificuldade em coincidir os horários das consultas de puericultura com os da coleta de dados, por isso, na UBS em questão, realizaram-se entrevistas através de visitas domiciliares intermediadas pela equipe de Saúde da Família em que a criança era cadastrada.

De acordo com dados do Sistema e-SUS, do primeiro semestre do ano de 2018, disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, a população total de crianças menores de um ano, acompanhadas pela ESF de Teresina-PI, da zona urbana, era de 3.663. A partir do número de crianças atendidas pela ESF, definiu-se o número de cuidadores que participariam do estudo.

Para o cálculo amostral, considerou-se a seguinte fórmula, a qual é utilizada para populações finitas:

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

Esta equação é entendida da seguinte forma: n - amostra calculada; N - população; Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p - verdadeira probabilidade do evento, o qual foi firmado em 50%; e - erro amostral. O nível de confiança foi fixado em 95% e o erro amostral em 5% (GIL, 2016).

Com a realização do cálculo amostral, identificou-se o número mínimo de 348 crianças menores de um ano para amostra. Entretanto, acrescentou-se 10% ao tamanho da amostra para possíveis perdas e recusas. Assim, a amostra foi constituída por 383 crianças menores de um ano de idade.

Após definição do tamanho amostral, utilizou-se da técnica de amostragem probabilística estratificada proporcional para realização da estratificação da amostra, tendo em vista que, através dessa técnica, o tamanho de cada estrato é mantido

proporcionalmente ao tamanho amostral (MEDRONHO et al., 2006). Destaca-se que, neste estudo, a estratificação foi realizada em três etapas, em que a primeira se refere à distribuição proporcional das crianças menores de um ano cadastradas por região da zona urbana, de Teresina-PI, conforme Quadro 3.

Quadro 3. Número e amostra de crianças menores de um ano, por região da cidade de Teresina. Teresina, 2020.

Regiões	Número de crianças <1 ano	%	Amostra (crianças <1 ano)
Norte	1165	31,8	122
Sul	1078	29,4	113
Leste	856	23,4	89
Sudeste	564	15,4	59
TOTAL	3663	100	383

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, 2018.

A segunda etapa da estratificação foi realizada com a finalidade de quantificar o número de UBS que seriam selecionadas por região da zona urbana de Teresina-PI (QUADRO 4).

Quadro 4. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, selecionadas por região da cidade de Teresina. Teresina, 2020.

Regiões	Número de UBS existentes	% de UBS	Número de UBS selecionadas
Norte	19	26,8	5
Sul	25	35,2	9
Leste	14	19,7	3
Sudeste	13	18,3	3
TOTAL	90	100	20

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, 2018.

Com a identificação do número de UBS selecionadas em cada região, realizou-se o sorteio das que comporiam o cenário da pesquisa, por meio do *software R (Project for Statistical Computing)*, versão 3.0.2. Após isso, a terceira etapa da estratificação foi realizada, na qual se obteve a distribuição proporcional do número de crianças menores de um ano por UBS, como pode ser observado no Quadro 5.

Quadro 5. Distribuição proporcional da amostra por Unidade Básica de Saúde/Região de Teresina. Teresina, 2020.

Região	UBS	Total (crianças <1 ano)	%	Amostra (crianças <1 ano)
Norte	01	167	29,3	36
	02	172	30,2	37
	03	74	13,0	16
	04	66	11,6	14
	05	91	15,9	19
Subtotal		570	100	122
Leste	06	167	51,2	46
	07	105	32,2	29
	08	54	16,6	14
Subtotal		326	100	89
Sudeste	09	83	39,9	24
	10	87	41,8	25
	11	38	18,3	10
Subtotal		208	100	59
Sul	12	68	11,8	13
	13	69	11,9	14
	14	104	18,1	20
	15	75	13,0	15
	16	33	5,7	6
	17	24	4,2	5
	18	42	7,3	8
	19	65	11,3	13
	20	96	16,7	19
Subtotal		576	100	113
TOTAL		3663	100	383

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, 2018.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Fixaram-se critérios de inclusão referentes ao cuidador, em relação às características da criança. Deste modo, consideraram-se aqueles cuidadores cujas crianças menores de um ano fossem moradoras/usuárias, da zona urbana de Teresina-PI, cadastradas na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família e que foram atendidas por meio de consultas médicas e de enfermagem, pelo menos duas vezes, na UBS cadastrada. Com relação ao cuidador em si, este deveria ser o principal cuidador de crianças menores de um ano de idade e possuir idade igual ou superior a 18 anos.

Excluíram-se cuidadores de crianças menores de um ano que não apresentaram condições de responder aos questionamentos propostos e que utilizavam o serviço de saúde esporadicamente, apenas para finalidades pontuais, como a imunização, os quais provavelmente desconheciam o contexto do serviço de APS e que, por isso, não conseguiam responder, de forma fidedigna, ao instrumento deste estudo.

3.5 Instrumentos para coleta de dados

Utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro abordava questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e de saúde das crianças menores de um ano (APÊNDICE A), o qual foi construído com base em estudos realizados na área (SILVA, 2014; WOLKERS, 2014; MACEDO, 2016; COUTINHO, 2016), sendo o mesmo validado por três juízes, com expertises na área de saúde da criança, e realizado teste piloto, posteriormente. O segundo instrumento utilizado foi o *Primary Care Assessment Tool* ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), versão criança (ANEXO A), a partir do qual se fez a avaliação da atenção à criança, na Atenção Primária à Saúde, de Teresina-PI.

O PCATool-Brasil, versão criança, foi validado no Brasil por Harzheim et al. (2006) e publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010). A validação do instrumento obedeceu às seguintes etapas: tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de conteúdo e construto, análise de consistência interna e confiabilidade, além dos requerimentos de escala tipo *Likert* (HARZHEIM et al., 2006).

A versão validada do PCATool-criança, conforme HARZHEIM et al. (2006), foi composta por 45 perguntas, pois alguns itens não haviam atingido o ponto de corte estatístico. Entretanto, pela importância conceitual, esses itens foram mantidos e, por isso, o PCATool-criança é composto por 55 itens, em escala do tipo *Likert* (cinco pontos), os quais avaliam os seis atributos da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária) (BRASIL, 2010).

Os itens do *PCATool-Brasil*, versão criança, são divididos em 10 componentes, relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS (BRASIL, 2010):

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A), composto por três itens (A1, A2 e A3);
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B), formado por três itens (B1, B2 e B3);
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C), constituído por seis itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);
4. Longitudinalidade (D), formado por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14);
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E), composto por cinco itens (E2, E3, E4, E5 e E6);
6. Coordenação – Sistema de Informações (F), formado por três itens (F1, F2 e F3);
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G), composto por nove itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9);
8. Integralidade – Serviços Prestados (H), constituído por cinco itens (H1, H2, H3, H4 e H5);
9. Orientação Familiar (I), formado por três itens (I1, I2 e I3); e
10. Orientação Comunitária (J), composto por quatro itens (J1, J2, J3 e J4).

3.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2018 a abril de 2019, por equipe composta por alunos de graduação e pós-graduação, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), que foram submetidos previamente a treinamento, o qual durou cerca de 2 horas/aula e abordou as especificidades para aplicação do instrumento, disponíveis no Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool* – Brasil (BRASIL, 2010). Após a primeira aplicação do instrumento pelos alunos, era realizada reunião, a fim de verificar se os dados coletados apresentavam pertinência.

Na chegada às unidades de saúde, o responsável pela coleta se dirigia ao gestor local, a fim de esclarecer a finalidade da pesquisa e apresentar os ofícios de autorização da pesquisa emitidos pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI. Após isso, realizava-se contato com membros da equipe de Saúde da Família (eSF) das UBS, em especial, as enfermeiras, a fim de apresentar a finalidade da pesquisa e, também, na perspectiva de obter conexão com os cuidadores de crianças.

Na sala de espera das UBS, realizava-se o primeiro contato com os cuidadores, e, neste momento, era verificado se os mesmos estavam aptos a participarem da pesquisa, através da aplicação dos critérios de inclusão. Após isso, explicavam-se aspectos referentes à pesquisa e, então, realizava-se a indagação sobre a espontaneidade e possibilidade de participação. Com o aceite da participação, os cuidadores assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com a assinatura do TCLE, dava-se início à coleta de dados em si, que ocorreu por meio de entrevista individual, uma única vez, com duração aproximada de 20 minutos. Nas UBS que não dispunham de sala reservada disponível para realização das entrevistas, no momento da coleta, procurava-se ambiente com maior privacidade possível, distante dos profissionais e demais usuários. Como explicado anteriormente, a proposta era coletar na própria UBS, entretanto, em uma UBS, realizaram-se entrevistas através de visitas domiciliares, intermediadas pela equipe de Saúde da Família em que a criança estava cadastrada. Nas entrevistas realizadas através de visitas domiciliares, as mesmas aconteceram em lugares reservados, com a presença apenas do entrevistador e do cuidador da criança.

Torna-se importante enfatizar que foi realizado teste piloto em UBS que não compunham o cenário deste estudo, com 10% do valor amostral, ou seja, 38 indivíduos, o qual teve como objetivo aprimorar o instrumento construído, de caracterização sociodemográfica, que foi aplicado pelo pesquisador. Destaca-se que a realização do teste piloto foi importante, pois através das dúvidas e dos questionamentos apresentados pelos cuidadores de crianças, foi possível realizar melhorias no instrumento em questão.

3.7 Variáveis investigadas e análise dos dados

3.7.1 Variáveis investigadas

Incluíram-se, neste estudo, variáveis referentes ao cuidador, família e crianças, além dos atributos e componentes da Atenção Primária em Saúde, as quais foram classificadas como variáveis independentes e dependentes.

As variáveis que se referem ao cuidador, à família e à criança foram classificadas como independentes. O Quadro 6 mostra o sujeito a quem a variável se refere, a variável e como as mesmas foram descritas.

Quadro 6. Variáveis independentes do estudo. Teresina, 2020.

Sujeitos	Variáveis	Descrições
Cuidador	Identificação do cuidador	1) Mãe; 2) Pai; 3) Avó; 4) Não familiar
	Faixa etária do cuidador	1) 18 - 24 anos; 2) 25 - 40 anos; 3) 41 - 59 anos; 4) 60 - 66 anos
	Escolaridade	1) Analfabeto; 2) Ensino Fundamental; 3) Ensino Médio; 4) Ensino Superior
	Ocupação	1) Dona de Casa; 2) Outra ocupação
	Raça	1) Parda; 2) Negra; 3) Branca; 4) Amarela
Família	Renda familiar	1) Nenhuma; 2) Até 1 SM; 3) 1 - 2 SM; 4) 2 - 3 SM; 5) ≥4 SM
	Recebe Bolsa Família	1) Sim; 2) Não
	Dependentes financeiros	1) Duas; 2) Três; 3) ≥ Quatro
Criança	Idade (intervalo)	1) 0 - 3 meses; 2) 4 - 6 meses; 3) 7 - 9 meses; 4) 10 -12 meses
	Sexo	1) Masculino; 2) Feminino
	Raça	1) Parda; 2) Negra; 3) Branca; 4) Amarela
	Peso ao nascer	1) < 2500 g; 2) 2500 - 3999 g; 3) ≥4000 g; 4) Sem informação
	Realização de pré-natal	1) Sim; 2) Não
	Número de consultas pré-natal	1) < 6; 2) ≥ 6; 3) Sem informação
	Amamentação	1) Sim; 2) Não
	Parto normal	1) Sim; 2) Não
	Mãe vive com companheiro	1) Sim; 2) Não
	Tempo de gestação	1) < 37 semanas; 2) 37 - 40 semanas; 3) > 40 Semanas
	Situação vacinal atualizada	1) Sim; 2) Não
	Hospitalização	1) Sim; 2) Não

Sobre os atributos essenciais e derivados da APS, investigaram-se as seguintes variáveis: tanto os atributos como os componentes, de estrutura e processo. Estas variáveis foram classificadas como dependentes. No Quadro 7, verifica-se ainda a descrição das variáveis.

Quadro 7. Variáveis dependentes do estudo. Teresina, 2020.

Variáveis		Descrições
Acesso de primeiro contato	Acessibilidade (E)	Baixa orientação (<6,6) Boa orientação (≥6,6)
	Utilização (P)	
Longitudinalidade	Grau de afiliação (E)	
	Longitudinalidade (P)	
Coordenação	Sistemas de informação (E)	
	Integração de cuidados (P)	
Integralidade	Serviços disponíveis (E)	
	Serviços prestados (P)	
Orientação familiar		
Orientação comunitária		
Escore essencial		
Escore geral		

Legenda: (E)= Estrutura; (P)= Processo.

As variáveis dependentes foram classificadas como baixa orientação, quando obtiveram pontuação menor que 6,6; e boa orientação, quando alcançaram pontuação maior ou igual a 6,6 (BRASIL, 2010).

3.7.2 Análise dos dados

Inicialmente, os dados foram duplamente digitados e consolidados em Planilha do *Excel*®, 2010, a fim de realizar checagem e limpeza no banco de dados. Posteriormente, os dados foram exportados ao *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 21.0, no qual foi realizada a análise estatística.

A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas e relativas (variáveis qualitativas), bem como média, desvio padrão, mediana, mínimo, máximo, intervalo interquartil e intervalo de confiança de 95% (variáveis quantitativas).

Com relação aos escores dos atributos da APS, estes foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou respectivo componente, as quais variam da seguinte forma: “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).

Para o cálculo de cada atributo, seguiram-se as recomendações do Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil*, de 2010, o qual determina que o cálculo deva ser realizado a partir da média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou respectivo componente. Ademais, torna-se necessário referir que os itens C2, C4, C5 e D10 necessitam ter os valores das respostas revertidos, pois quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Assim, a inversão ocorre da seguinte maneira: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4). No que se refere às respostas em “branco” com as respostas “não sei/não lembro”, a soma das mesmas não deve atingir 50% ou mais, pois, caso isso aconteça, o atributo ou componente não poderá ser calculado para aquele indivíduo (BRASIL, 2010).

Após obtenção da média, o escore de cada atributo ou componente deve ser transformado para uma escala de 0 a 10. Após transformação nessa escala, considerou-se alto escore aquele que obteve valor maior ou igual a 6,6 (BRASIL, 2010), pois escores médios acima desse ponto de corte revelam que atributos e componentes se encontram fortemente implantados na APS (SILVA; ALVES, 2019).

Segundo Brasil (2010), os escores essencial e geral devem ser calculados da forma a seguir:

- 1) Escore essencial: através da soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais grau de afiliação), dividido pelo número de componentes, conforme fórmula: $(A+B+C+D+E+F+G+H)/8$;
- 2) Escore geral: por meio da soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, atributos derivados e mais grau de afiliação, dividido pelo número total de componentes, de acordo com a fórmula: $(A+B+C+D+E+F+G+H+I+J)/10$.

Para verificar a aderência das variáveis quantitativas à distribuição normal, aplicou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov*, o qual teve como finalidade determinar os tipos de testes estatísticos a serem utilizados. Como os dados não seguiram tendência de normalidade, empregaram-se os testes não paramétricos.

Na análise bivariada, adotou-se o teste Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Dunn, para comparação das medianas; o teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para avaliar diferença entre proporções.

Quanto à análise multivariada, aplicou-se a regressão de Poisson com variância robusta dos erros-padrão para avaliar a associação entre os escores do questionário da Atenção Primária à Saúde (variável dependente) com os fatores independentes (variáveis sociodemográficas, clínicas e condições de saúde).

Para construção do modelo final, realizou-se análise múltipla com todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada. A variável zona de residência foi utilizada como variável-controle, ou seja, foi inserida no modelo independentemente do valor de p . Estimaram-se as razões de prevalência (RP) bruta e ajustada com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC-95%) e significância obtida pelo teste de qui-quadrado de Wald. O poder de explicação do modelo foi avaliado pelo pseudo- R^2 de Nagelkerke.

Torna-se importante destacar que em todas as análises realizadas foi utilizado nível de significância de 5%.

3.8 Aspectos éticos e legais

Solicitou-se autorização da Comissão de Ética em Pesquisa, da Fundação Municipal de Saúde (FMS), para realização deste estudo (ANEXO B). Posteriormente, o projeto foi submetido para análise no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Recebeu-se o consentimento, através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 02119618.6.0000.5214 e parecer 3.000.761 (ANEXO C), do dia cinco de novembro de 2018. Após isso, iniciou-se a coleta de dados.

Toda pesquisa com seres humanos está sujeita a riscos. Nesta, entretanto, acredita-se que os riscos foram mínimos, por se tratar apenas da aplicação de questionário. Neste sentido, buscou-se aplicar o questionário de forma clara e objetiva, com a finalidade de evitar exaustão, desconforto e constrangimento. Quanto aos benefícios, os dados oportunizarão o conhecimento dos atributos que necessitam ser melhorados, a fim de proporcionar aperfeiçoamento da assistência à saúde que é ofertada às crianças, no município de Teresina-PI.

Destaca-se que foram obedecidos, pelos pesquisadores, os princípios da ética, do sigilo e da confidencialidade. Aos participantes foi apresentado o TCLE (ANEXO D), garantindo a confidencialidade, a privacidade e, ainda, a não utilização das informações em prejuízo dos participantes do estudo, através do Termo de Confidencialidade (ANEXO E). O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma em posse do pesquisador responsável pelo estudo e a outra, do participante da pesquisa. Além disso, garantiram-se aos participantes o acesso aos pesquisadores para quaisquer esclarecimentos, bem como a retirada do interesse em participar a qualquer momento da investigação.

Este estudo obedeceu a todos os princípios éticos dispostos na Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

4.1 Análise univariada

4.1.1 Caracterização dos cuidadores de crianças menores de um ano

Realizaram-se 383 entrevistas com cuidadores de crianças menores de um ano, sendo que 357 (93,2%) eram mães. A média de idade dos cuidadores foi 28 anos, sendo que a faixa etária entre 25 e 40 anos foi a mais frequente (54,6%). A maioria das mães, 79,4%, vivia com o companheiro. Quanto à escolaridade, 62,9% referiram ter concluído o ensino médio. No que se refere à raça, 67,1% dos cuidadores se autodeclararam pardos. Em relação à ocupação, 63,4% referiram ser donas de casa. Sobre a renda familiar, 62,1% dos cuidadores possuíam renda de até um salário mínimo, sendo que 65,8% das famílias contava com mais de quatro indivíduos como dependentes da renda familiar e 69,7% não recebiam o benefício do Programa Bolsa Família (TABELA 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em Unidades Básicas de Saúde, da zona urbana, de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	n	%	Média	DP
Cuidador				
Mãe	357	93,2		
Pai	11	2,9		
Avó	13	3,4		
Não familiar	02	0,5		
Faixa etária do cuidador			28,0	8,2
18 - 24	154	40,2		
25 - 40	209	54,6		
41 - 59	16	4,2		
60 - 66	04	1,0		
Mãe vive com companheiro				
Sim	304	79,4		
Não	79	20,6		
Escolaridade do cuidador				
Analfabeto	04	1,0		
Ensino Fundamental	92	24,0		
Ensino Médio	241	62,9		
Ensino Superior	46	12,0		

(Continua)

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em Unidades Básicas de Saúde, da zona urbana, de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383. (Conclusão)

Variáveis	n	%	Média	DP
Raça do cuidador				
Parda	257	67,1		
Negra	74	19,3		
Branca	27	7,0		
Amarela	25	6,5		
Ocupação do cuidador				
Dona de casa	243	63,4		
Outra ocupação	140	36,6		
Renda familiar				
Nenhuma	13	3,4		
≤ 1 SM	238	62,1		
1-2 SM	13	3,4		
2 - 3 SM	101	26,4		
≥4 SM	18	4,7		
Dependentes financeiros				
2	14	3,7		
3	117	30,5		
≥4	252	65,8		
Bolsa Família				
Sim	116	30,3		
Não	267	69,7		
Total	383	100,0		

SM: salário mínimo vigente à época (R\$ 954,00), DP: Desvio Padrão.

4.1.2 Caracterização das crianças menores de um ano

No que se refere às crianças, a maioria era do sexo feminino (50,4%), de raça parda (62,4%), tinha entre zero e três meses de idade (39,4%), com média de cinco meses. Com relação ao nascimento, verificou-se que 95,8% nasceram de parto normal, 68,1% com idade gestacional entre 37 e 40 semanas e 80,7% normopesos. Quanto ao pré-natal, 97,7% das mães realizaram consultas, sendo que 76,5% delas realizaram seis ou mais consultas, com média de oito consultas. Observa-se que 95,8% das crianças foram amamentadas. Após o nascimento, 10,7% das crianças foram hospitalizadas. Quando as cadernetas de saúde das crianças foram avaliadas, observou-se que 87,2% das crianças se encontravam com a situação vacinal atualizada (TABELA 2).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica das crianças menores de um ano, atendidas em Unidades Básicas de Saúde, da zona urbana, de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	n	%	Média	DP
Sexo				
Feminino	193	50,4		
Masculino	190	49,6		
Faixa etária (meses)			5,0	3,2
0 - 3	151	39,4		
4 - 6	101	26,4		
7 - 9	87	22,7		
10 - 12	44	11,5		
Raça				
Parda	239	62,4		
Negra	44	11,5		
Branca	86	22,5		
Amarela	14	3,7		
Pré-natal				
Sim	374	97,7		
Não	09	2,3		
Número de consultas			8,0	3,2
< 6	72	18,8		
≥ 6	293	76,5		
Sem informação	18	4,7		
Duração da gestação (semanas)				
< 37	31	8,1		
37 - 40	261	68,1		
>40	91	23,8		
Parto normal				
Sim	367	95,8		
Não	16	4,2		
Peso (gramas)			3242,8	557,0
< 2500	39	10,2		
2500 - 3999	309	80,7		
≥4000	27	7,0		
Sem informação	08	2,1		
Hospitalização				
Sim	41	10,7		
Não	342	89,3		
Amamentação				
Sim	367	95,8		
Não	16	4,2		
Situação vacinal atualizada				
Sim	334	87,2		
Não	49	12,8		
Total	383	100,0		

4.1.3 Avaliação dos atributos e componentes da Atenção Primária à Saúde

Das 12 variáveis investigadas, que correspondem à avaliação da APS, na perspectiva dos cuidadores de crianças menores de um ano, a maioria foi avaliada como boa orientação para a APS, ou seja, com escore médio, maior ou igual a 6,6. Além disso, verificou-se que o grau de afiliação (9,0) e o componente utilização (8,0) do atributo acesso de primeiro contato apresentaram a maior extensão e orientação à APS nos serviços de saúde avaliados pelos cuidadores. Entretanto, alguns atributos e componentes se encontraram abaixo do ponto de corte para boa orientação, como o atributo orientação comunitária (4,4); o componente acessibilidade (4,9), do atributo acesso de primeiro contato; o atributo orientação familiar (5,4); e o componente serviços disponíveis (5,9), do atributo integralidade (TABELA 3).

Tabela 3. Escore médio, mínimo e máximo dos atributos e componentes da APS da zona urbana, de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	n	Escore médio	DP	IC95%	Mediana	Min-Max
Acesso de primeiro contato – utilização	383	8,0	2,1	7,5-8,4	8,9	3,3-10,0
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	383	4,9	2,5	4,3-5,5	4,3	0,0-10,0
Grau de afiliação	372	9,0	2,2	8,5-9,5	10,0	0,0-10,0
Longitudinalidade	383	7,5	1,9	7,1-8,0	8,2	1,5-10,0
Coordenação – integração de cuidados	78	6,7	3,0	6,0-7,4	7,3	0,0-10,0
Coordenação – sistema de informações	383	7,8	1,9	7,4-8,2	7,8	1,1-10,0
Integralidade – serviços disponíveis	383	5,9	1,9	5,4-6,3	5,9	1,5-10,0
Integralidade – serviços prestados	383	7,4	3,2	6,6-8,1	8,3	0,0-10,0
Orientação familiar	383	5,4	3,2	4,6-6,1	5,0	0,0-10,0
Orientação comunitária	383	4,4	3,0	3,7-5,1	4,2	0,0-10,0
Escore essencial	383	7,1	1,3	6,9-7,4	7,1	4,1-9,7
Escore geral	383	6,7	1,5	6,4-7,0	6,6	3,7-9,8

Na Tabela 4, através da análise do grau de orientação, observou-se que o grau de afiliação, os componentes utilização, do atributo acesso de primeiro contato, e os sistemas de informação, do atributo coordenação, foram avaliados por mais de 85% dos cuidadores como boa orientação. Em contrapartida, os componentes acessibilidade, do atributo acesso de primeiro contato; serviços disponíveis, do atributo integralidade; e os atributos orientação familiar e orientação comunitária foram avaliados por mais de 60% dos cuidadores como baixa orientação.

Tabela 4. Distribuição do grau de orientação à atenção primária à saúde dos atributos e componentes da APS. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	Baixa orientação (<6,6)		Boa orientação (≥6,6)	
	n	%	n	%
Acesso de primeiro contato – utilização	48	12,5	335	87,5
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	258	67,4	125	32,6
Grau de afiliação	31	8,3	341	91,7
Longitudinalidade	101	26,4	282	73,6
Coordenação – integração de cuidados	34	43,6	44	56,4
Coordenação – sistema de informações	52	13,6	331	86,4
Integralidade – serviços disponíveis	230	60,1	153	39,9
Integralidade – serviços prestados	144	37,6	239	62,4
Orientação familiar	238	62,1	145	37,9
Orientação comunitária	291	76,0	92	24,0
Escore essencial	107	27,9	276	72,1
Escore geral	175	45,7	208	54,3

4.2 Análise bivariada

As Tabelas 5 e 6 apresentam a associação entre características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de um ano e os escores essencial e geral da APS, respectivamente.

Com a análise da Tabela 5, constatou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis referentes às características sociodemográficas dos cuidadores e o escore essencial da APS.

Tabela 5. Associação entre o escore essencial da APS e as características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em UBS, da região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	Escore Essencial				P
	<6,6		≥6,6		
	n	%	n	%	
Zona					0,141*
Norte	35	28,7	87	71,3	
Leste	17	19,1	72	80,9	
Sul	34	30,1	79	69,9	
Sudeste	21	35,6	38	64,4	
Cuidador					0,567*
Mãe	101	28,3	256	71,7	
Outros	6	23,1	20	76,9	
Faixa etária do cuidador					0,880**
18 - 24	42	27,3	112	72,7	
25 - 40	61	29,1	148	70,8	
41 - 59	3	18,8	13	81,3	
60 - 66	1	25,0	3	75,0	
Mãe vive com companheiro					0,095*
Sim	79	26,0	225	74,0	
Não	28	35,4	51	64,6	
Escolaridade do cuidador					0,459*
Até o Fundamental	24	25,0	72	75,0	
Médio ou mais	83	28,9	204	71,1	
Raça do cuidador					0,489*
Parda	70	27,2	187	72,8	
Negra	23	31,1	51	68,9	
Branca	5	18,5	22	81,5	
Amarela	9	36,0	16	64,0	
Ocupação do cuidador					0,103*
Dona de casa	61	25,1	182	74,9	
Com ocupação	46	32,9	94	67,1	
Renda familiar					0,491*
≤ 1 SM	73	29,1	178	70,9	
> 1 SM	34	25,8	98	74,2	
Número de dependentes financeiros					0,770**
2	5	35,7	9	64,3	
3	32	27,4	85	72,6	
4 ou mais	70	27,8	182	72,2	
Recebe Bolsa Família					0,373*
Sim	36	31,0	80	69,0	
Não	71	26,6	196	73,4	

Legenda: SM: salário mínimo (R\$ 954,00), *Teste Qui-quadrado de Pearson e **Teste Exato de Fisher

Na Tabela 6, quanto à análise da associação entre as características sociodemográficas dos cuidadores e o escore geral da APS, as variáveis “mãe vive com o companheiro” ($p=0,012$) e “ocupação do cuidador” ($p=0,033$) apresentaram associação significativamente estatística com o escore geral da APS.

Tabela 6. Associação entre o escore geral da APS e as características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em UBS, da região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. $n=383$.

	Escore Geral				P
	<6,6		≥6,6		
	n	%	n	%	
Zona					0,227*
Norte	49	40,2	73	59,8	
Leste	45	50,6	44	49,4	
Sul	49	43,4	64	56,6	
Sudeste	32	54,2	27	45,8	
Cuidador					0,443*
Mãe	165	46,2	192	53,8	
Outros	10	38,5	16	61,5	
Faixa etária do cuidador					0,451**
18 - 24	68	44,2	86	55,8	
25 - 40	101	48,3	108	51,7	
41 - 59	5	31,2	11	68,8	
60 - 66	1	25,0	3	75,0	
Mãe vive com companheiro					0,012*
Sim	129	42,4	175	57,6	
Não	46	58,2	33	41,8	
Escolaridade					0,360*
Até o Fundamental	40	41,7	56	58,3	
Médio ou mais	135	47,0	152	53,0	
Raça					0,875*
Parda	115	44,7	142	55,3	
Negra	37	50,0	37	50,0	
Branca	12	44,4	15	55,6	
Amarela	11	44,0	14	56,0	
Ocupação do cuidador					0,033*
Dona de casa	101	41,6	142	58,4	
Com ocupação	74	52,9	66	47,1	
Renda familiar					0,220*
≤ 1 SM	109	43,4	142	56,6	
> 1 SM	66	50,0	66	50,0	

(Continua)

Tabela 6. Associação entre o escore geral da APS e as características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em UBS, da região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383. (Conclusão)

(Condições)						
		Escore Geral				
		<6,6		≥6,6		P
		n	%	n	%	
Número dependentes financeiros						0,878*
2		7	50,0	7	50,0	
3		55	47,0	62	53,0	
4 ou mais		113	44,8	139	55,2	
Recebe Bolsa Família						0,265*
Sim		58	50,0	58	50,0	
Não		117	43,8	150	56,2	

Legenda: SM: Salário Mínimo (R\$ 954,00), *Teste Qui-quadrado de Pearson e **Teste Exato de Fisher

As Tabelas 7 e 8 apresentam a associação entre o perfil das crianças menores de um ano e os escores essencial e geral da APS, respectivamente.

No que se refere à associação entre o perfil das crianças e o escore essencial da APS, as variáveis “problemas de saúde” (p=0,046) e “amamentação” (p=0,045) apresentaram associação estatística significativa ao escore essencial da APS.

Tabela 7. Associação entre o escore essencial da APS e o perfil das crianças menores de um ano, atendidas em UBS, na região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	Escore Essencial				P
	<6,6		≥6,6		
	n	%	n	%	
Sexo					0,178*
Feminino	48	24,9	145	75,1	
Masculino	59	31,1	131	68,9	
Faixa etária (meses)					0,214*
0 - 3	39	25,8	112	74,2	
4 - 6	23	22,8	78	77,2	
7 - 9	29	33,3	58	66,7	
10 - 12	16	36,4	28	63,6	
Raça					0,656**
Parda	72	30,1	167	69,9	
Negra	12	27,3	32	72,7	
Branca	20	23,3	66	76,7	
Amarela	3	21,4	11	78,6	

(Continua)

Tabela 7. Associação entre o escore essencial da APS e o perfil das crianças menores de um ano, atendidas em UBS, na região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383. (Conclusão)

Variáveis	Escore Essencial				P
	<6,6		≥6,6		
	n	%	n	%	
Pré-natal					0,714**
Sim	104	27,8	270	72,7	
Não	3	33,3	6	66,7	
Nº de consultas					0,786*
< 6	19	26,4	53	73,6	
≥ 6	82	28,0	211	72,0	
Duração da gestação (semanas)					0,464*
< 37	10	32,3	21	67,7	
37-40	76	29,1	185	70,9	
>40	21	23,1	70	76,9	
Tipo de parto					0,183*
Normal	52	25,1	155	74,9	
Cesáreo	55	31,3	121	68,8	
Peso (gramas)					0,534*
< 2500	13	33,3	26	66,7	
2500-3999	82	26,5	227	73,5	
≥4000	9	33,3	18	66,7	
Hospitalização					0,569*
Sim	13	31,7	28	68,3	
Não	94	27,5	248	72,5	
Problemas de saúde					0,046*
Sim	6	54,5	5	45,5	
Não	101	27,2	271	72,8	
Amamentação					0,045*
Sim	99	27,0	268	73,0	
Não	8	50,0	8	50,0	
Situação vacinal atualizada					0,142*
Sim	89	26,6	245	73,4	
Não	18	36,7	31	63,3	

Legenda: *Teste de associação Qui-quadrado e **Teste Exato de Fisher, ao nível de significância de 5%.

No que diz respeito à associação entre o perfil das crianças menores de um ano e no escore geral da APS, apresentada na Tabela 8, não houve associação estatística significativa entre elas.

Tabela 8. Associação entre o escore geral da APS e o perfil das crianças menores de um ano, atendidas em UBS, na região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	Escore Geral				P
	<6,6		≥6,6		
	n	%	n	%	
Sexo					0,564*
Feminino	91	47,2	102	52,8	
Masculino	84	44,2	106	55,8	
Faixa etária (meses)					0,303*
0 - 3	69	45,7	82	54,3	
4 - 6	39	38,6	62	61,4	
7 - 9	45	51,7	42	48,3	
10 - 12	22	50,0	22	50,0	
Raça					0,587*
Parda	113	47,3	126	52,7	
Negra	22	50,0	22	50,0	
Branca	34	39,5	52	60,5	
Amarela	6	42,9	8	57,1	
Pré-natal					1,000**
Sim	171	45,7	203	54,3	
Não	4	44,4	5	55,6	
Nº de consultas					0,608*
< 6	31	43,1	41	56,9	
≥ 6	136	46,4	157	53,6	
Duração da gestação (semanas)					0,100*
< 37	19	61,3	12	38,7	
37-40	111	42,5	150	57,5	
>40	45	49,5	46	50,5	
Tipo de parto					0,077*
Normal	86	41,5	121	58,5	
Cesáreo	89	50,6	87	49,4	
Peso (gramas)					0,788*
< 2500	18	46,2	21	53,8	
2500-3999	139	45,0	170	55,0	
≥4000	14	51,9	13	48,1	
Hospitalização					0,930*
Sim	19	46,3	22	53,7	
Não	156	45,6	186	54,5	
Problemas de saúde					0,550*
Sim	6	54,5	5	45,5	
Não	169	45,4	203	54,6	

(Continua)

Tabela 8. Associação entre o escore geral da APS e o perfil das crianças menores de um ano, atendidas em UBS, na região urbana de Teresina-PI. Teresina, Piauí, 2020. n=383. (Conclusão)

Variáveis	Escore Geral				P
	<6,6		≥6,6		
Amamentação					0,168*
Sim	165	45,0	202	55,0	
Não	10	62,5	6	37,5	
Situação vacinal atualizada					0,851*
Sim	152	45,5	182	54,5	
Não	23	46,9	26	53,1	

Legenda: *Teste de associação Qui-quadrado e **Teste Exato de Fisher, ao nível de significância de 5%.

4.3 Análise multivariada

Na Tabela 9, observa-se a análise multivariada em relação aos fatores associados aos baixos valores do escore essencial da APS. Após o ajuste, as crianças da zona leste de Teresina-PI (RP=0,58; IC95%=0,35-0,95) e todas as crianças que foram amamentadas (RP=0,64; IC95%=0,38-0,94) apresentaram associação à menor prevalência de baixos valores do escore essencial da APS. Entretanto, entre crianças que possuíam problemas de saúde (RP=1,93; IC95%=1,12-3,25), notou-se associação à maior prevalência de baixos valores do escore essencial da APS.

Tabela 9. Modelo final de regressão de Poisson para variáveis associadas a baixos valores do escore essencial da Atenção Primária à Saúde. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	RP _{bruta}	IC95%	P	RP _{aj}	IC95%	P
Zona*						
Norte	1,0			1,0		
Leste	0,67	0,40-1,11	0,119	0,58	0,35-0,95	0,033
Sul	1,05	0,70-1,56	0,814	1,01	0,67-1,50	0,903
Sudeste	1,24	0,79-1,93	0,340	1,26	0,82-1,96	0,290
Mãe vive com companheiro						
Não	1,0			1,0		
Sim	0,73	0,51-1,04	0,085	0,81	0,56-1,16	0,250
Ocupação						
Dona de casa	1,0			1,0		
Com ocupação	1,31	0,95-1,80	0,101	1,27	0,94-1,75	0,121

(Continua)

Tabela 9. Modelo final de regressão de Poisson para variáveis associadas a baixos valores do escore essencial da Atenção Primária à Saúde. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

(Conclusão)						
Variáveis	RPbruta	IC95%	P	RPaj	IC95%	P
Sexo						
Masculino	1,0			1,0		
Feminino	0,80	0,58-1,11	0,180	0,83	0,61-1,15	0,280
Problemas de saúde						
Não	1,0			1,0		
Sim	2,00	1,14-3,53	0,016	1,93	1,12-3,25	0,015
Amamentação						
Não	1,0			1,0		
Sim	0,54	0,32-0,90	0,020	0,64	0,38-0,94	0,025
Situação vacinal atualizada						
Não	1,0			1,0		
Sim	0,72	0,48-1,09	0,124	0,68	0,46-1,01	0,058

Legenda: *Variável de ajuste; RPaj= Razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson com variância robusta; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%, Pseudocoefficiente de determinação (Pseudo R²)=3,74%.

A Tabela 10 demonstra a análise multivariada para os fatores associados aos baixos valores do escore geral da APS. Quanto à análise da razão de prevalência bruta, as variáveis “mãe vive com companheiro” e “duração da gestação entre 37 e 40 semanas” se apresentaram associadas com menor prevalência de baixos valores do escore geral da APS, e a variável “ocupação do cuidador” obteve associação com maior prevalência de baixos valores do escore geral. Após o ajuste para variáveis confundidoras, nenhuma delas apresentou associação.

Tabela 10. Modelo final de regressão de Poisson para variáveis associadas a baixos valores do escore geral da Atenção Primária à Saúde. Teresina, Piauí, 2020. n=383.

Variáveis	RP _{bruta}	IC95%	P	RP _{aj}	IC95%	P
Zona*						
Norte	1,0			1,0		
Leste	1,26	0,93-1,70	0,131	1,19	0,90-1,60	0,224
Sul	1,08	0,80-1,46	0,620	1,02	0,75-1,39	0,879
Sudeste	1,35	0,98-1,85	0,065	1,31	0,96-1,81	0,093
Mãe vive com companheiro						
Não	1,0			1,0		
Sim	0,73	0,58-0,92	0,007	0,59	0,31-1,14	0,120

(Continua)

Tabela 10. Modelo final de regressão de Poisson para variáveis associadas a baixos valores do escore geral da Atenção Primária à Saúde. Teresina, Piauí, 2020. n=383. (Continuação)

Variáveis	RP_{bruta}	IC95%	P	RP_{aj}	IC95%	P
Ocupação do cuidador						
Dona de casa	1,0			1,0		
Com ocupação	1,27	1,02-1,58	0,029	1,23	0,99-1,53	0,055
Duração da gestação						
< 37 semanas	1,0			1,0		
37-40 semanas	0,70	0,51-0,95	0,022	0,75	0,54-1,04	0,091
>40 semanas	0,80	0,57-1,14	0,228	0,84	0,59-1,22	0,378
Amamentação						
Não	1,0			1,0		
Sim	0,72	0,48-1,07	0,104	0,83	0,57-1,20	0,328

Legenda: *Variável de ajuste; RP_{aj}= Razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson com variância robusta; IC95%: Intervalo de Confiança 95% , Pseudocoefficiente de determinação (Pseudo R²)= 1,72%.

5 DISCUSSÃO

As mães (93,2%) foram predominantes cuidadores de crianças menores de um ano, achado compatível com estudo de Macedo (2016), com crianças da mesma faixa etária, no Juazeiro do Norte-CE (92,1%). Além disso, estudos realizados em Montes Claros (88,6%) e na microrregião de Alfenas (86,5%), ambos com cuidadores de crianças menores de dois anos, apresentaram resultados semelhantes (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA, 2014). Isso pode ser visto como ponto positivo, pois a mãe é quem melhor conhece a criança, sendo considerada figura primordial na obtenção de dados sobre a saúde do infante, e, por isso, a principal cuidadora (REICHERT et al., 2016b).

Em relação à faixa etária, a maioria dos cuidadores possuía entre 25 e 40 anos (54,6%), com média de 28 anos. Faixa etária similar a esta foi registrada nos estudos de Silva (2014) e Medeiros (2014), nos quais, respectivamente, 59,73% e 74% dos cuidadores tinham idades entre 20 e 39 anos. O predomínio de mães nessa faixa etária está relacionado ao período fértil e, portanto, favorável à gestação nesta fase do ciclo vital feminino (TORQUATO et al., 2018).

No que se refere ao estado civil materno, nos achados de Macedo (2016), a maioria das mães era casada ou encontravam-se em união estável, o que também foi verificado neste estudo. A importância de a mãe possuir companheiro ultrapassa o financeiro, pois além do suporte na renda, a mãe ainda conta com o apoio social do parceiro (BENEVIDES, 2017).

Quanto à ocupação e à escolaridade, estudo realizado na cidade de Juazeiro do Norte-CE encontrou achados parecidos com o deste estudo, em que 40,4% e 70,3% dos cuidadores, respectivamente, concluíram o ensino médio e tinham como ocupação atividades do lar (MACEDO, 2016). Sabe-se que a escolaridade materna possui influência no estado de saúde infantil, pois quanto maior a escolaridade da mãe, maior a capacidade de cuidar do filho, tendo em vista que orientações realizadas pelos profissionais, durante a consulta de enfermagem, serão melhor assimiladas e aplicadas (GABRIEL; ARAÚJO; MADEIRA, 2005).

O baixo nível de escolaridade materna impacta diretamente na mortalidade infantil por causas evitáveis, uma vez que crianças que faleceram por óbitos evitáveis tiveram 1,56 vezes mais chances de possuírem mães com baixa

escolaridade, em estudo realizado em Porto Alegre-RS (JOBIM; AERTS, 2008). Além disso, a baixa escolaridade impacta no desemprego, o que, por sua vez, acarreta elevação das desigualdades socioeconômicas, as quais estão diretamente relacionadas à morbimortalidade infantil (SOUSA et al., 2013).

Neste estudo, 62,1% mencionaram ter renda de até um salário mínimo. Quanto ao número de dependentes financeiros, 65,8% dos cuidadores citaram quatro dependentes ou mais, o que configura renda *per capita* baixa. No que se refere ao benefício do Programa Bolsa Família, 69,7% dos cuidadores referiram não receber. Torna-se relevante destacar que a baixa renda influencia negativamente a saúde das crianças. Os principais fatores que promoveram melhorias na saúde das crianças brasileiras estão relacionados aos progressos nos determinantes sociais; aos programas de transferência de renda, de saneamento e tratamento de água; e, ainda, à criação do SUS, com foco nos cuidados primários de saúde (VICTORA et al., 2011).

O sexo feminino foi predominante entre as crianças deste estudo (50,4%), o qual prevaleceu também em estudos realizados em outros contextos (OLIVEIRA, 2012; BRAZ et al., 2013). No que se refere à faixa etária das crianças, observou-se maior frequência entre zero e três meses de idade (39,4%), a qual também foi registrada em estudo desenvolvido em município da Bahia, com cuidadores de crianças menores de um ano (BRAZ, 2012).

A consulta pré-natal foi realizada por 97,7% das mães de crianças menores de um ano, em que 76,5% destas realizaram mais de seis consultas de pré-natal, com média de oito consultas. Tal achado corrobora com as recomendações do Ministério da Saúde, que indica, no mínimo, seis consultas (BRASIL, 2013), e configura como achado positivo para saúde infantil, pois a consulta de pré-natal tem como finalidade garantir que a gestação se desenvolva bem, possibilitando nascimento saudável ao RN, através do desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos voltadas para saúde materno-infantil (BRASIL, 2013). Além disso, o baixo número de consultas de pré-natal foi associado ao óbito infantil, em pesquisa realizada em Cuiabá-MT (LIMA et al., 2017).

No que tocante à duração da gestação, houve maior predominância de crianças a termo, achado também verificado nos estudos de Macedo (2016) e Benevides (2017), nos quais 57,1% e 86,7% nasceram entre 37 e 40 semanas,

respectivamente. Considera-se que nascer a termo é positivo para saúde da criança, visto que estudos afirmam que a prematuridade configura fator negativo para morbidade neonatal (QUARESMA et al., 2018), bem como para mortalidade neonatal e infantil (DEMITTO et al., 2017; SANDERS et al., 2017). Em estudo, com dados dos anos de 1990 e 2015, que analisou a mortalidade em crianças menores de cinco anos, verificou-se que a prematuridade, nos dois anos investigados, foi a principal causa de mortalidade infantil no Brasil (FRANÇA et al., 2017).

Em relação ao parto, este estudo obteve resultado divergente ao encontrado por Macedo (2016), no qual a maioria das crianças nasceu por parto cesáreo (54,9%). O parto vaginal é importante para redução da mortalidade neonatal e, conseqüentemente, infantil, devido às contribuições para a melhoria do sistema imunológico, o desenvolvimento do ritmo cardíaco e a maturação pulmonar (MOREIRA et al., 2017).

Em pesquisa realizada com cuidadores de crianças menores de um ano, a média do peso ao nascer foi de 3.172 gramas (MACEDO, 2016), achado semelhante ao deste estudo (3.242,8 gramas). O baixo peso ao nascer é considerado fator de risco para morbidade (QUARESMA et al., 2018) e mortalidade neonatal (BORGES; VAYEGO, 2015; SETUMBA et al., 2018), por isso, considera-se importante o fato de a maioria das crianças deste estudo ter nascido com peso entre 2.500g e 3.999g.

No que diz respeito à discussão referente à avaliação da APS, optou-se, neste estudo, por realizar discussão a partir dos achados relacionados aos atributos, respectivos componentes e a literatura nacional e internacional pertinente, embora com outras faixas etárias que não a abordada neste estudo, tendo em vista que isso possibilitará argumentação mais abrangente.

Em relação ao atributo acesso de primeiro contato, que o componente utilização, ao contrário do componente acessibilidade, apresentou escore médio considerado satisfatório. Ao analisar o atributo em totalidade, o escore médio se encontrou abaixo do ideal, ou seja, menor que 6,6. Tal fato denota dificuldades de acesso aos serviços primários de saúde, tendo em vista que este atributo está relacionado à APS como porta de entrada do sistema de saúde.

Quanto ao componente utilização, o escore médio foi 8,0 ($\pm 2,1$), achado que coincide com a literatura (FRACOLLI et al., 2015; HARZHEIM et al., 2016; SILVA; FRACOLLI, 2016; ARAÚJO et al., 2018; PONNET et al., 2019). Esta avaliação

evidencia que os cuidadores de crianças menores de um ano referem os serviços de APS como porta de entrada para os cuidados da criança, seja em consultas de rotina ou quando surge novo problema de saúde.

No tocante ao componente acessibilidade, a média do escore foi 4,9 ($\pm 2,5$), o que corrobora com estudos realizados em outros contextos (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014; HARZHEIM et al., 2016; SILVA; FRACOLLI, 2016; ARAÚJO et al., 2018; PONNET et al., 2019). Tal achado sinaliza que esse componente se encontra fracamente implantado e a existência de entraves que prejudicam a utilização dos serviços primários de saúde pela população.

O baixo escore médio do componente acessibilidade está relacionado às respostas negativas dadas pelos cuidadores de crianças menores de um ano, pois quando questionados acerca da longa espera para marcação de hora no serviço de APS e ao tempo de espera maior que 30 minutos para consulta, a maioria respondeu “com certeza sim” e “provavelmente sim”. Além disso, quando perguntados sobre o aconselhamento rápido pelo telefone (caso necessário), 52,5% dos cuidadores responderam “com certeza não”.

Estudos nacionais apontam que as principais barreiras estão relacionadas a problemas na marcação de consultas para o mesmo dia ou quando necessário, à demora na recepção para conseguir consulta ou atendimento e a fragilidades no atendimento profissional rápido por meio do telefone (FRACOLLI et al., 2015; SILVA; FRACOLLI, 2016). O não funcionamento dos serviços da APS durante a noite e nos fins de semana se configura como fator negativo para utilização desses serviços (SILVA; ALVES, 2019).

Em consequência, verifica-se a necessidade de prolongamento do horário dos serviços primários de saúde, a fim de promover a redução do uso de serviços de emergência, quando surgir problema agudo de saúde (ZICKAFOOSE; DECAMP; PROSSER, 2013).

Profissionais e gestores da APS de Teresina-PI devem reunir esforços, a fim de melhorar a acessibilidade, pois a presença e extensão do atributo acesso de primeiro contato na APS, de maneira satisfatória, impacta diretamente na redução de indicadores de saúde considerados negativos, como de morbimortalidade e de internações hospitalares, assim como minimiza o tempo de resolutividade das

necessidades de saúde da população e evita encaminhamentos dispensáveis (PAULA et al., 2016a).

Para isso, os profissionais da APS poderiam fazer uso do acolhimento, tendo em vista que esse dispositivo é capaz de facilitar o processo de cuidado e promover a melhoria do acesso aos serviços de APS pela criança e família, além de contribuir para extensão dos demais atributos da APS, quando associado a outros recursos (ARAÚJO et al., 2018).

O atributo longitudinalidade recebeu avaliação satisfatória, uma vez que os dois componentes obtiveram escore médio acima de 6,6. O componente grau de afiliação apresentou escore médio de 9,00 ($\pm 2,2$) e o componente longitudinalidade, que recebe o mesmo nome do atributo, escore médio de 7,5 ($\pm 1,9$), ambos considerados alto escore. Esta avaliação positiva configura que o atributo esteve presente e extenso satisfatoriamente, na percepção dos cuidadores de crianças menores de um ano, na APS de Teresina-PI, os quais identificaram a APS como fonte de cuidados para crianças, ou seja, que existia continuidade ou seguimento na assistência à saúde dessas crianças.

Quanto ao componente grau de afiliação, o resultado deste estudo coincidiu com os resultados de outros realizados com crianças de faixas etárias diferentes (FRACOLLI et al., 2015; HARZHEIM et al., 2016; PONNET et al., 2019). Tal fato pressupõe que os serviços de APS são considerados, pelos cuidadores, como locais de referência para o cuidado das crianças menores de um ano de Teresina-PI. Apesar do escore elevado, torna-se importante destacar que 11 cuidadores referiram outros serviços de saúde, que não os da APS, como locais de referência para saúde das crianças, o que pode estar relacionado à procura por serviços apenas em situação de doença.

Através da análise das respostas referentes ao componente grau de afiliação, torna-se oportuno destacar que os cuidadores de crianças menores de um ano de Teresina-PI referiram os enfermeiros da APS como o profissional mais procurado quando a criança está doente ou precisa de algum conselho sobre a saúde dela; que melhor conhece a criança e que é mais responsável pelo atendimento da criança. Observa-se, portanto, que os enfermeiros são os profissionais mais próximos às crianças menores de um ano e aos cuidadores, no contexto da APS de Teresina-PI, o que pode ser considerado como contribuição para melhoria da saúde da

população infantil, visto que esses profissionais buscam promover assistência integral, pautada no contexto de vida das crianças e que atendam às reais necessidades de saúde (GÓES et al., 2018).

Além disso, tal achado mostra a visibilidade do enfermeiro quanto ao desenvolvimento dos cuidados primários à criança menor de um ano, em Teresina-PI. Evidencia-se, ainda, que os cuidadores referiram os serviços/profissionais da APS como os principais responsáveis pelo atendimento da criança em qualquer momento, sobretudo, ao surgir um novo problema, e que melhor conhecem a criança. Isso permite que profissionais e cuidadores tenham melhor relação, do mesmo modo que proporciona melhor conhecimento sobre a saúde da criança por parte do profissional (MACEDO, 2016).

O importante papel desempenhado pelos enfermeiros na APS estão relacionados, sobretudo, ao potencial para impactar positivamente os resultados (OELKE; BESNER; CARTER, 2014), tendo em vista que esses profissionais consideram a multidimensionalidade do indivíduo, o que privilegia abordagem global voltada, sobretudo, à prevenção e promoção da saúde (CÔTÉ et al., 2019).

Em relação ao componente longitudinalidade, o bom desempenho deste corrobora com a boa avaliação do grau de afiliação e do componente utilização, do atributo acesso de primeiro contato. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes, com escores acima do valor de corte (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014; FRACOLLI et al., 2015; VAZ et al., 2015; SILVA; FRACOLLI, 2016). Entretanto, destaca-se que outros estudos registraram achados diferentes (HARZHEIM et al., 2016; ARAÚJO et al., 2018; PONNET et al., 2019).

O alto escore encontrado neste estudo é relevante, pois a longitudinalidade é fundamental para resolução de problemas e melhoria da qualidade de vida dos usuários, assim como esse atributo influencia positivamente a saúde de indivíduos/famílias e população (KESSLER et al., 2016).

Sabe-se que assistência pautada na longitudinalidade propicia o conhecimento dos profissionais acerca dos pacientes, o que, conseqüentemente, melhora a capacidade de julgar que intervenções diagnósticas são necessárias e de avaliar se as intervenções aplicadas são eficazes (STARFIELD, 2002). Ademais, este atributo permite maior eficácia no reconhecimento dos diagnósticos e

tratamentos, assim como reduz procedimentos e encaminhamentos desnecessários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O atributo coordenação alcançou avaliação positiva por parte dos cuidadores, visto que os componentes integração de cuidados e sistema de informação alcançaram escores médios de 6,7 ($\pm 3,0$) e 7,8 ($\pm 1,9$), respectivamente. O desempenho positivo do atributo coordenação se configura como achado relevante deste estudo, pois este atributo possui maior importância relativa, isso porque na ausência deste, o acesso de primeiro contato adotaria papel meramente administrativo, haveria diminuição do potencial da longitudinalidade e comprometimento da integralidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com relação à integração de cuidados, outros estudos obtiveram achados similares (SOUZA et al., 2015; FRACOLLI et al., 2015; SILVA; FRACOLLI, 2016; ARAÚJO et al., 2018; PONNET et al., 2019). No entanto, estudo realizado no Rio de Janeiro alcançou resultado divergente (6,01) (HARZHEIM et al., 2016). Este resultado satisfatório demonstra que, embora encaminhamentos sejam realizados quando necessários, ainda existem dificuldades na interação entre os profissionais da RAS de Teresina-PI, em virtude de que a média do escore ficou bem próxima ao ponto de corte, 6,7 ($\pm 3,0$).

Dessa forma, torna-se importante buscar estratégias para qualificar a integração de cuidados, em razão de que as RAS dependem de uma APS forte, assim como a APS depende de uma rede estruturada e sólida para exercer seu papel e, deste modo, coordenar o cuidado (BOUSQUAT et al., 2017). A problemática da comunicação entre os diversos profissionais da RAS está relacionada ao frágil processo de referência e contrarreferência. Neste sentido, evidencia-se a importância de melhorar a comunicação dos profissionais da RAS, a fim de aperfeiçoar o acesso e a utilização dos recursos pela população (ARAÚJO FILHO et al., 2019).

No que se refere ao sistema de informação, observou-se escore médio alto ($8,10 \pm 1,81$), corroborando com outras pesquisas (FRACOLLI et al., 2015; SOUZA et al., 2015; SILVA; FRACOLLI, 2016; HARZHEIM et al., 2016; ARAÚJO et al., 2018; PONNET et al., 2019). Este desempenho significa que os profissionais possuem ferramentas que facilitam o registro de informações acerca da saúde da criança, o que permite desenvolver atenção à saúde mais integral e longitudinal. Torna-se

importante destacar que todos os serviços primários de Teresina-PI contam com o PEC, o que pode ter favorecido a boa avaliação desse componente.

A necessidade dos registros é apontada como necessária, porquanto a contribuição destes para o alcance da atenção integral à saúde (CARNEIRO et al., 2014). Revisão integrativa afirma que os registros permitem acompanhar a situação de saúde da população, possibilitando a avaliação e melhoria de indicadores de saúde (ARAÚJO FILHO et al., 2019).

O atributo integralidade recebeu baixo escore médio, no componente serviços disponíveis ($5,9 \pm 1,9$); e alto escore médio, no componente serviços prestados ($7,4 \pm 3,2$).

Quanto ao componente serviços disponíveis, os achados corroboram com estudos realizados em diversos cenários nacionais: 5,2 (DINIZ et al., 2016); 5,76 (HARZHEIM et al., 2016); 5,18 (SILVA; FRACOLLI, 2016); e 6,0 (ARAÚJO et al., 2018). Estudo realizado com crianças da mesma faixa etária aponta que isso pode estar relacionado à ausência de alguns dos serviços nas unidades de saúde (MACEDO, 2016) ou à falta de conhecimento sobre a disponibilidade de alguns serviços na APS (ROCHA et al., 2012).

No que diz respeito ao componente serviços prestados, o resultado deste estudo corrobora com os achados de Fracolli et al. (2015), 9,39. Esta avaliação denota que orientações acerca dos cuidados com a criança estão sendo desenvolvidas, o que favorece a saúde das crianças, visto que a realização dessas orientações proporciona que a criança desenvolva a capacidade e o potencial, de forma ampla (FERREIRA; COSTA; ANDRADE, 2015).

Com relação aos atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária, ambos receberam escores abaixo do valor considerado ideal (6,6). Tais resultados afetam a qualidade da atenção, pois a interação existente entre o serviço de saúde e família/comunidade se encontra comprometida. Uma avaliação ruim dos atributos derivados significa o não reconhecimento dos indivíduos como integrantes de uma família ou comunidade (SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015). Além disso, pode ocorrer impacto negativo na situação de saúde da população, quando estes atributos recebem baixos escores médios, haja vista que os indivíduos devem ser coparticipes do próprio cuidado, participando ativamente das ações de saúde, desde a promoção até a recuperação das doenças/agravos (PAULA et al., 2017).

Quando os atributos orientação familiar e comunitária estão presentes e em extensão satisfatória na APS, o cuidado de saúde se torna mais efetivo, pois solidificam a conexão com o serviço de saúde, conjecturando no desenvolvimento dos demais atributos e favorecem que as ações de saúde sejam melhor planejadas e, conseqüentemente, executadas (ARAÚJO et al., 2014).

É fundamental que profissionais de saúde incluam e valorizem o contexto familiar e comunitário da criança, assim como desenvolvam habilidades de comunicação e investigação com a população, para alcançar atenção à saúde mais resolutiva (ARAÚJO FILHO et al., 2019).

O atributo orientação familiar obteve escore médio de 5,4 ($\pm 3,2$), o que implica afirmar que ele se encontra presente, mas com extensão insatisfatória, na APS de Teresina-PI. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes (HARZHEIM et al., 2016; SILVA; FRACOLLI, 2016; TOMÉ, 2016; DASCHEVI et al., 2015; ARAÚJO et al., 2018; PONNET et al., 2019).

Uma avaliação negativa desse atributo evidencia que o modelo biomédico se encontra em vigor e que existe negligência, por parte de profissionais e gestores, ao modelo de atenção preconizado pela ESF, o qual valoriza o indivíduo, a família e comunidade (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014).

Em contraste, obteve-se a avaliação obtida pelo atributo longitudinalidade, o qual significa que as crianças recebem assistência ao longo do tempo, mas que esse cuidado se limita ao consultório da UBS, ou seja, o contexto em que a criança/família vive não é valorizado pelos profissionais da APS de Teresina-PI.

Percebe-se, portanto, o imperativo de melhorar o vínculo, entre profissionais e população, a fim de intensificar o conhecimento acerca dos problemas vivenciados pelos indivíduos e, assim, alcançar a satisfação e a resolutividade das necessidades de saúde da população (FRANK et al., 2015).

Para elaboração de planos de cuidados que abordem as reais necessidades dos indivíduos, é necessário conhecer o contexto em que vivem e reconhecer as perspectivas biopsicossociais, pois se considera que tal fato oportunizaria a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados, de maneira indireta (PAULA et al., 2016b).

Estudo de revisão integrativa sinaliza ser fundamental refletir acerca de reestruturação da atenção à criança na APS, visto que para se configurar o cuidado

integral à criança, existe a necessidade de interação e articulação com o contexto familiar (DAMASCENO et al., 2016). Também é imperativo expandir o olhar para criança, com a finalidade de promover ações interdisciplinares que possibilitem a integralidade e efetividade da atenção à criança. Portanto, considera-se necessária a sensibilização dos profissionais, com intuito de ampliar e sustentar as ações em referencial teórico que possua como foco a família, para haver modificação no processo de cuidado à criança e família na APS (REICHERT et al., 2016a).

O atributo orientação comunitária recebeu escore médio de 4,4 ($\pm 3,0$). Este resultado corrobora com estudos realizados em outros contextos (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014; DASCHEVI et al., 2015; HARZHEIM et al., 2016; TOMÉ, 2016; ARAÚJO et al., 2018). Entretanto, o resultado obtido (7,72), em estudo realizado com cuidadores de crianças menores de dois anos, em Quatá-SP (FRACOLLI et al., 2015), diverge dos achados deste estudo e dos citados anteriormente.

O baixo valor dos escores médios obtidos por este atributo estão relacionados ao conhecimento dos profissionais acerca dos problemas de saúde importantes da vizinhança; à realização de pesquisas, pelos profissionais, para identificar problemas de saúde; e à ausência de convite, pelos profissionais, para participação do conselho local de saúde, que obtiveram, “com certeza não”, como resposta pela maioria dos cuidadores.

Os resultados deste estudo apontam fragilidade na orientação comunitária, isto reflete negativamente nas ações de saúde, tendo em vista que este atributo propõe o conhecimento do contexto de vida e saúde da população por parte dos profissionais, bem como investiga sobre realização da visita domiciliar e de pesquisas sobre o processo saúde-doença da população (FRACOLLI et al., 2015).

Um escore médio baixo do atributo orientação comunitária indica a não agregação da participação e do controle social da população nas ações da ESF (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015), ou seja, significa que os usuários do sistema de saúde não estão envolvidos nos conselhos de saúde e nas ações intersetoriais que visam melhoria da saúde da população (SÁ et al., 2016). Ademais, denota que existe dificuldade em garantir cuidado integral, universal e de qualidade à população (RODRIGUES et al., 2019).

Estudos apontam que os profissionais devem promover a inserção da comunidade no processo de trabalho, na APS, por meio de debates e ampliação de espaços, com objetivo de reconhecer melhor as necessidades de saúde que a população possui, bem como fortalecer a longitudinalidade e o controle social (PAULA et al., 2017; RODRIGUES et al., 2019).

Torna-se importante salientar que a Política Nacional de Atenção Básica prevê que o foco da assistência na APS são o indivíduo, a família e a coletividade, sendo a ESF a estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação (BRASIL, 2017). Neste sentido, considera-se necessário o fortalecimento dos atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária, a fim de prestar assistência à saúde mais efetiva, que considere os contextos de vida e as necessidades de saúde da população.

Os escores essencial e geral obtiveram valores acima do ponto de corte. Entretanto, torna-se importante destacar que os escores essencial e geral são calculados através da média dos atributos e respectivos componentes, por isso, é fundamental evidenciar que os atributos derivados, orientação familiar (5,4) e orientação comunitária (4,4) foram os principais responsáveis pela diminuição do valor do escore geral, e que os componentes acessibilidade (4,9) e serviços disponíveis (5,9), respectivamente, dos atributos acesso de primeiro contato e integralidade, contribuíram para reduzir o valor médio do escore essencial.

Esses resultados demonstram que apesar do valor médio dos escores geral e essencial terem atingido valor satisfatório, ainda são necessárias medidas para qualificar a assistência prestada nos serviços primários de saúde de Teresina-PI, a fim de melhorar o acesso, a atenção prestada e os resultados dos indicadores de saúde infantil, como a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis à atenção primária.

No que se refere à associação estatística entre a variável “problemas de saúde” e o escore essencial da APS, estudos internacionais apontam que crianças que possuem problemas de saúde crônicos ou deficiências utilizam mais os serviços de saúde (WILSON et al., 2013), e que esse achado se configura como um dos fatores de risco para não obtenção de cuidados recomendados à criança (YU et al., 2002). Tais questões podem implicar dificuldades de acesso aos serviços de saúde, comprometendo, sobretudo, os componentes acessibilidade, do atributo acesso de

primeiro contato; e integração de cuidados, do atributo coordenação. Além de ocasionar o comprometimento dos dois componentes do atributo integralidade, o que, por sua vez, pode ter ocasionado a relação com a associação entre essa variável e o escore essencial da APS.

A associação entre a amamentação e o escore essencial da APS pode estar relacionada ao fato de que a amamentação impacta positivamente tanto a saúde da criança como a materna (TOMA; REA, 2008; VICTORA et al., 2016). Neste sentido, acredita-se que, por esse impacto benéfico na saúde infantil, a variável “amamentação” apresentou associação estatística ao escore essencial da APS.

O fato da variável “mãe vive com o companheiro” apresentar associação estatística com o escore geral da APS se deve ao fato de que o apoio de um companheiro é oportuno para saúde da criança. Em pesquisa realizada em Cuiabá-MT, o óbito infantil, considerado desfecho desfavorável para saúde da criança, apresentou associação com a situação conjugal “sem companheiro” (LIMA et al., 2017).

No que se refere à ocupação do cuidador, os quais foram mães, em maioria, acredita-se que isso possa estar relacionado à maior disponibilidade das mães, quando assumem atividades domésticas, para levar e acompanhar os filhos nas ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais dos serviços primários de saúde, bem como no cuidado da criança no domicílio, podendo, assim, desenvolver as orientações repassadas pelos profissionais de saúde, no cuidado diário.

Quanto ao escore essencial, na análise multivariada, o modelo ficou definido por três variáveis: crianças da zona leste de Teresina-PI (RP=0,58, IC=0,35-0,95; p=0,033), todas as crianças que foram amamentadas (RP=0,64, IC=0,38-0,94, p=0,025) e aquelas que possuíam problemas de saúde (RP=1,93; IC=1,12-3,25; p=0,015), revelando, assim, que crianças da zona leste de Teresina-PI e todas as que foram amamentadas, apresentaram, respectivamente, 42% e 36% menor prevalência de baixo escore essencial, e, aquelas que possuíam problemas de saúde, a prevalência de baixo escore essencial foi maior.

Estudo realizado em Curitiba-PR apontou diferença entre a assistência prestada nas unidades básicas tradicionais e naquelas que adotam o modelo da ESF (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015), porém, destaca-se que, em Teresina-PI, todas as UBS adotam o modelo da ESF, o que, portanto, não pode ser considerado como

ponto de diferenciação na atenção prestada. Entretanto, segundo Fausto et al. (2014), a acessibilidade, resolutividade, abrangência e integração na oferta de cuidados pode variar dependendo de onde as equipes de Saúde da Família atuam, pois essas disparidades estão relacionadas à desigualdade social brasileira, a qual repercute, sobretudo, no acesso e uso de serviços de APS.

Assim, entende-se que o achado referente à zona leste de Teresina-PI pode estar relacionado a esse fator, porquanto as zonas da cidade de Teresina-PI possuem disparidades socioeconômicas entre si. A zona leste, por sua vez, é a que apresenta melhores índices socioeconômicos, quando comparada às demais, e, por esse motivo, pode ter apresentado menor prevalência de baixo escore essencial. Ademais, sabe-se que indivíduos com menor renda possuem maiores necessidades de atenção à saúde (PAPPA; NIAKAS, 2006), o que pode ocasionar dificuldades em relação ao componente acessibilidade, do atributo acesso de primeiro contato, e aos componentes do atributo integralidade, corroborando para avaliação negativa nas demais zonas de Teresina-PI, em detrimento da zona leste.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste estudo, as limitações se referem:

- À comparação dos dados encontrados com os da literatura, visto que muitos estudos trabalharam faixas etárias diferentes da abordada nesta tese. Entretanto, a fim de viabilizar a discussão, os dados deste estudo foram confrontados com achados que investigaram a avaliação da APS, na perspectiva de cuidadores de crianças, porém, de qualquer faixa etária;
- Aos vieses de informações, tendo em vista que algumas questões necessitam da rememoração de fatos e, ainda, porque a maioria das entrevistas foram realizadas nas UBS, locais de atuação dos profissionais, o que pode, de alguma forma, ter motivado os cuidadores a responderem incorretamente a alguns questionamentos, bem como pela extensão do questionário, que pode ter contribuído para respostas inadequadas, a fim de finalizar a entrevista mais rapidamente.

7 CONCLUSÃO

As mães constituíram a maioria dos cuidadores de crianças menores de um ano do município de Teresina-PI, as quais viviam com companheiros. A maior parte dos cuidadores possuía idades entre 25 e 40 anos, ensino médio como grau de escolaridade, de raça parda, exercia a função de dona de casa e tinha renda familiar de até um salário mínimo.

Predominaram crianças do sexo feminino, da faixa etária entre zero e três meses e de raça parda. Quanto às características do nascimento, a maioria nasceu com normopeso e a termo. No que se refere aos aspectos de saúde das crianças, a maioria havia sido amamentada, estava com a situação vacinal atualizada e não havia sido hospitalizada. Quanto ao pré-natal, este foi realizado por grande parte das mães, as quais compareceram, em maioria, a mais de seis consultas.

A avaliação dos atributos e componentes da APS de Teresina-PI, na perspectiva dos cuidadores de crianças menores de um ano, demonstrou que o componente grau de afiliação, do atributo longitudinalidade, foi o mais bem avaliado (9,0). Contudo, onze cuidadores referiram outros serviços, que não os da APS, como referência para assistência à saúde da criança.

A avaliação da Atenção Primária à Saúde de crianças menores de um ano de Teresina-PI evidenciou altos escores médios essencial e geral. Entretanto, embora a cidade de Teresina-PI possua cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família, torna-se importante destacar que o componente acessibilidade, do atributo acesso de primeiro contato, e o componente serviços disponíveis, do atributo integralidade, bem como os atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária, receberam escores médios abaixo do ponto de corte.

Na análise bivariada, o escore essencial se associou às variáveis “problemas de saúde” e “amamentação”, e o escore geral apresentou associação às variáveis “mãe vive com o companheiro” e “ocupação do cuidador”. No que diz respeito à análise multivariada, verificou-se que as crianças que residiam na zona leste e todas as que foram amamentadas apresentaram associação à menor prevalência de baixos valores do escore essencial da APS. No entanto, crianças que possuíam problemas de saúde apresentaram associação à maior prevalência de baixos valores do escore essencial da APS.

Diante dos achados, observa-se a comprovação parcial da tese, pois todos os atributos da APS, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar e orientação comunitária estiveram presentes na APS de Teresina-PI, na perspectiva de cuidadores de crianças menores de um ano, porém, verifica-se que os componentes acessibilidade, do atributo acesso de primeiro contato, e serviços disponíveis, do atributo integralidade, bem como os atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária, apresentaram extensão insatisfatória.

A baixa orientação dos componentes supracitados e dos atributos derivados limita a atenção à saúde da criança na APS, visto que a dificuldade do acesso e a ausência de alguns serviços promove distanciamento da APS. Além disso, o não conhecimento do contexto em que a criança vive e das necessidades de saúde da comunidade impede o desenvolvimento de ações de saúde mais efetivas e que procurem vislumbrar a criança como ser biopsicossocial. Isso evidencia o imperativo de melhorias na APS de Teresina-PI, no que diz respeito, sobretudo, ao acesso, à oferta de serviços e ao reconhecimento do contexto familiar e comunitário das crianças pelos profissionais de saúde da APS.

Considera-se fundamental, portanto, a investigação da avaliação da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde, além da realização de estudos com outros desenhos metodológicos, a fim de identificar os pontos que favorecem e dificultam a atenção à saúde da criança, com a finalidade de promover melhorias no contexto dos serviços primários de saúde e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>

AOKI, T.; INOUE, M.; NAKAYAMA, T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. **Family Practice**, v. 33, n. 1, p. 112-117, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz087>

ARAÚJO, J. P. et al. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400073>

ARAÚJO, J. P. et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. supl. 3, p. 1366-1372, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>

ARAÚJO FILHO, A. C. A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica de cuidadores de crianças: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03527, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018030003527>

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855-868, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300010>

BASTOS, M. L. et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 12, n. 8, p. e0182336, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>

BENEVIDES, J. L. **Análise dos atributos da atenção primária em crianças internadas por doenças evitáveis: acesso de primeiro contato e longitudinalidade**. 2017. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, 2017.

BINAGWAHO, A.; GHEBREYESUS, T. A. Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage. **BMJ**, v. 365, p. l2391, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2391>

BORGES, T. S.; VAYEGO, S. A. Fatores de risco para mortalidade neonatal em um município na região sul. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p. 7-14, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2015.1.21010>

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppi.def>. Acesso em: 12 de abr. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 10 de jun. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 24 de abr. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 20 de set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 24 de abr. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 de abr. de 2019.

BRAZ, J. C. **Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores**. 2012. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2012.

BRAZ, J. C. et al. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 416-423, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/73521/77226>

CARNEIRO, M. S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292 p.

CÔTÉ, N. et al. New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. **BMC Health Services Research**, v. 19, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4731-8>

COUTINHO, S. E. D. **Avaliação da efetividade de serviços de atenção primária em saúde da criança em diferentes modelos assistenciais**. 2016. 282f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, 2016.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>

DASCHEVI, J. M. et al. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Semina. Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 31-38, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31>

DEMITTO, M. O. et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03208, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016127103208>

DINIZ, S. G. M. et al. Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. e57067, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57067>

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1126/science.417400>

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 13-33, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>

FEHR, R. et al. Health assessments for health governance - concepts and methodologies. **European Journal of Public Health**, v. 27, n. 4, p. 609-616, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx062>

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000300012>

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>

FERREIRA, T. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. e61132, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61132>

FERREIRA; T. L. S.; COSTA, I. C. C.; ANDRADE, F. B. A. Serviços de Puericultura na Atenção Primária a Saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 22-29, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7320>

FRACOLLI, L. A. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde (Online)**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972017000500005>

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 434-451, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s130>

FURTADO, M. C. C. et al. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 554-561, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200012>

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029818>

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GÓES, F. G. B. et al. Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. supl. 6, p. 2808-2817, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>

GUANAIS, F. C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. **American Public Health Association**, v.103, p. 2000-2006, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301452>

HARZHEIM, E. et al. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1399-1408, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>

HARZHEIN, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil**. 2004. 191 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade de Alicante, Alicante, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010 [Internet]**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 179-187, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100018>

KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.

KEMPER, E. S. et al. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, p. e1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.1>

KESSLER, M. et al. Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. **Evidentia**, Granada, v. 13, n. 53, 2016. Disponível em: <http://www.index-f.com/evidentia/n53/ev10182e.php>

LIMA, J. C. et al. Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 931-939, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.12742016>

MACEDO, J. C. B. **Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família, em um município do estado do Ceará**. 2016. 124f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2016.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUSA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s102>

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1501140>

MALTA, D. C. et al. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MEDEIROS, J. M. O. M. **Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da atenção primária à saúde do município de Mossoró-RN**. 2014. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, 2014.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015. 193 p

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B. S. R. ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.17322013>

MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil e evitabilidade de óbito neonatal em um município da Amazônia Legal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. e48950, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48950>

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>

OELKE, N.D.; BESNER, J.; CARTER, R. The evolving role of nurses in primary care medical settings. **International Journal of Nursing Practice**, v. 20, n. 6, p. 629-635, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12219>

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

OLIVEIRA, V. B. C. A. **Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo - Paraná**. 2012. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaración de Astaná**. Astana, Cazaquistão, 25 e 26 de outubro de 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines 1920**. Washington, EUA, fevereiro de 1964.

PAIVA, M. B. P. et al. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 925-950, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300013>

PAPPA, E.; NIAKAS, D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 146, p. 1-11, 2006. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-146>

PATTISON, K. L. et al. Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study. **Preventive Medicine**, v. 118, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.020>

PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, 2016a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078>

PAULA, W. K. A. S. et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>

PAULA, W. K. A. S. et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>

PETTIGREW, L. M. et al. Primary health care and the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 386, p. 2119-2120, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00949-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00949-6)

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00133816, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00133816>

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

PONNET, L. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 17, n. 1, eAO4333, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019ao4333

PONTES, A. P. M.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 59-67, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2925.2395>

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>

QUARESMA, M. E. et al. Fatores associados a internação durante o período neonatal. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 94, n. 4, p. 390-398, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.011>

REICHERT, A. P. S. et al. Family and community orientation in children's primary healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, 2016a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, 2016b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.07662016>

RIBEIRO, M. G. C.; ARAÚJO FILHO, A. C. A.; ROCHA, S. S. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em crianças do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 491-498, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200013>

ROCHA, K. B. et al. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. **Eur J Public Health**, v. 22, n. 1, p. 14-19, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckr014>

RODRIGUES, E. M. D. et al. Assessment of the attribute "Community Orientation" from the perspective of primary care adult users. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 632-639, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0601>

SÁ, F. S. et al. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 243-248, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz096>

SALEH, S. et al. Quality of care in primary health care settings in the Eastern Mediterranean region: a systematic review of the literature. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 2, p. 79-88, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu103>

SANDERS, L. S. C. et al. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 83-89, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010284>

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-119, 1995. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671995000200002>

SANTOS, N. C. C. B. et al. Family-centeredness and community orientation according to three child health care models. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 610-617, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600086>

SETUMBA, M. J. et al. Mortalidade em recém-nascidos de baixo peso ao nascer: limites e desafios para o acesso universal. **Portuguese Journal of Public**

Health, Lisboa, v. 36, n. 2, p. 95-101, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000493959>

SILVA, A. N. **Avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva de usuários masculinos**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Piauí, 2016.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. e:00095418, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00095418>

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670518>

SILVA, S. A. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do Sul de Minas Gerais**. 2014. 259f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, 2014.

SILVA, S. A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122-128, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>

SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L.A. Evaluating child care in the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 54-61, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>

SOUZA, G. R. S. et al. Perfil das crianças internadas com diarreia em hospital público. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 2, n. 2, p. 34-39, 2013. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1049/pdf>

SOUZA, G. T. et al. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. **Semina. Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 39-46, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p39>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p.1129-1133, 1994. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)

STARFIELD, B. New paradigms for quality in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 51, n. 465, p. 303-309, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313982/>

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

STIGLER, F. L. et al. No universal health coverage without primary health care. **The Lancet**, v. 387, n. 10030, p. 1811, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30315-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30315-4)

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. s235-s246, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400009>

TOMÉ, M. A. B. G. **Avaliação da integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária sob a ótica das internações por condições sensíveis em crianças de zero até cinco anos**. 2016. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, 2016.

TORQUATO, R. C. et al. Perfil de nutrízes e lactentes atendidos na Unidade de Atenção Primária de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170212, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0212>

VAZ, E. M. C. et al. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)

WILSON, C. et al. Patterns of primary care service use by families with young children. **Family Practice**, v. 30, n. 6, p. 679-694, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmt057>

WHITE, F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. **Medical Principles and Practice**, v.24, p. 103-116, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000370197>

WOLKERS, P. C. B. et al. Primary care for children with type 1 diabetes mellitus: caregiver perspectives. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 451-457, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700066>

WOLKERS, P. C. B. **Os cuidados primários à saúde da criança com diabetes mellitus tipo 1 em serviços públicos de saúde: percepção de mães e cuidadores**. 2014. 126f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2014.

YU, S. M. et al. Factors That Influence Receipt of Recommended Preventive Pediatric Health and Dental Care. **Pediatrics**, v. 110, n. 6, p. e73, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.110.6.e73>

ZICKAFOOSE, J. S.; DECAMP, L. R.; PROSSER, L. A. association between enhanced access services in pediatric primary care and utilization of emergency departments: a national parent survey. **The Journal of Pediatrics**, v. 163, n. 5, p. 1389-1395, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.04.050>

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

C: _____ **Data** ____/____/____

Entrevistado:

1	(1) mãe (2) pai (3) avó (4) outro cuidador: _____
2	Idade (anos): _____
3	Escolaridade (completa): (1) analfabeto (2) fundamental (3) médio (4) superior
4	Profissão/Ocupação: (1) sim (2) não. Qual? _____
5	Estado civil: (1) solteiro/divorciado/viúva (2) casado/união estável
6	Etnia/Raça: (1) parda (2) negra (3) branca (4) amarela (5) outra: _____
7	Mãe da criança vive com companheiro? (1) sim (2) não

Dados da família:

8	Renda familiar (em salários mínimos): _____ (1) Nenhuma (2) Até 1 SM (3) 1-2 SM (4) 2-3 SM (5) ≥ 4 SM
9	Quantas pessoas dependem desta renda? (1) uma (2) duas (3) três (4) mais de três, Quantas? _____ (5) NS/NR
10	Recebe bolsa família? (1) sim (2) não

Dados da criança

11	Data do nascimento: ____/____/____	Idade (meses): _____
12	Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	

13	Etnia/Raça: (1) parda (2) negra (3) branca (4) amarela (5) outra: _____
14	Tipo de parto: (1) Normal (2) Cesáreo (3) NS/NR
15	Tempo de gestação: (1) < 37semanas (2) 37-40 sem. (3) > 40 sem. (4) NS/NR
16	Peso ao nascer (gramas): _____ (3) NS/NR
17	A mãe fez pré-natal: (1) sim (2) não (3) NS/NR 25.1 Se sim, número de consultas: _____ (4) NS/NR
18	A criança mama/mamou no peito: (1) sim (2) não.
19	Se não mamou, por qual motivo?
20	A situação vacinal da criança está atualizada: (avaliar a caderneta da criança) (1) sim (2) não (3) NS/NR
21	A criança tem algum problema de saúde: (1) sim, qual: _____ (2) não (3) NS/NR
22	A criança já foi hospitalizada: (1) sim. Quantas vezes? _____ Motivo: _____ (2) não (3) NS/NR _____

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA –
PCATool – BRASIL – VERSÃO CRIANÇA**

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa de 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

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

☐ Sim, mesmo 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

☐ Sim, mesmo que A1 e A2 acima

☐ Sim, mesmo que A1 somente

☐ Sim, mesmo que A2 somente

☐ Sim, diferente de A1 e 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 3 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu 2 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 2 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA PERGUNTA que respondeu SIM. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a pergunta A1 e indicar RESPOSTAS DIFERENTES para A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA RESPOSTA A3. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO A TODAS 3 PERGUNTAS, por favor, PERGUNTE O NOME DO ÚLTIMO médico/enfermeiro/serviço de saúde ONDE A CRIANÇA CONSULTOU e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha os itens A4 e A5).

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

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS seguintes serão sobre o(a):

A5 -

(Nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde). (VÁ PARA A SEÇÃO B)

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO
(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 rotina, você vai ao _____ antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao _____ antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o _____ tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE
(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 _____ está aberto e sua criança fica doente, alguém desse serviço de saúde a atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no _____?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – É fácil marcar uma consulta de rotina no _____?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando você chega no _____, você tem que esperar mais que 30 minutos para que sua criança consulte com o médico ou enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no _____ quando você acha necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Quando o _____ está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D – LONGITUDINALIDADE
(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 _____ é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – Você acha que o médico ou enfermeiro da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D4 – O médico ou enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D5 – O médico ou enfermeiro te dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D6 – Você se sente a vontade contando suas preocupações ou problemas sobre sua criança ao médico ou enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D7 – O médico ou enfermeiro conhece sua criança mais como pessoa ou somente alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D8 – O médico ou enfermeiro conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D9 – O médico ou enfermeiro sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 – O médico ou enfermeiro se reuniria com sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 – Você mudaria do _____ para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no _____?

☐ Sim

☐ Não (Passe para a questão F1)

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

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

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES
(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 _____, você leva algum dos registros de saúde ou boletim de atendimento que sua criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender: “registro” – ficha de atendimento de emergência, carteira da vacinação)	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Quando você leva sua criança no _____, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Você poderia ler (consultar o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no _____ (serviço de saúde)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G – INTEGRALIDADE
(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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

Indique, por favor, se no _____ (serviço de saúde) esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(REPETIR A CADA 3-4 ITENS: Está disponível no _____ serviço de saúde)

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

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde de sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu médico ou enfermeiro, alguns destes assuntos foram conversados com você.

Em consultas ao _____ (serviço de saúde/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 – Orientação para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi,....	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H4 – Maneiras de lidar com o comportamento de sua criança	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos ou quedas de altura ou manter afastadas do fogão	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

(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 médico ou enfermeiro conhece sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I2 – O médico ou enfermeiro sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I3 – O médico ou enfermeiro sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I4 – O médico ou enfermeiro saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa (ou se precisasse)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I5 – O seu médico ou enfermeiro lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I6 – O seu médico ou enfermeiro já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J1 – Alguém do ____ (serviço de saúde) faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J2 – O ____ (serviço saúde/médico/enfermeiro) conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

A seguir, serão listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde.**O ____ (serviço de saúde/médico/enfermeiro) realiza algumas destas?**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **“AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OFERTADA A CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI”** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **SILVANA SANTIAGO DA ROCHA, LORENA PINHEIRO BARBOSA E AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO** acesso a cuidadores de crianças atendidas nas UBS de Teresina.

Teresina, 25 de outubro de 2018.

p.p.
Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Adriana Savva de Souza Araújo
Gerente de Ações Estratégicas
GAE/FMS



Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530

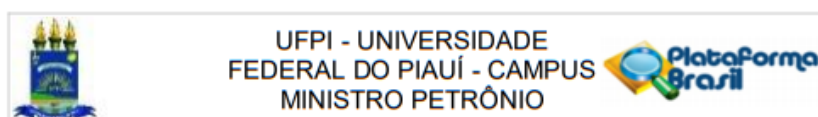


86 3215 7700 | 86 3215 7701



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde ofertada a crianças menores de um ano do município de Teresina-PI

Pesquisador: silvana santiago da rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02119618.6.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.000.761

Apresentação do Projeto:

Tratar-se-á de pesquisa avaliativa, descritiva, de abordagem quantitativa e delineamento transversal. O estudo será realizado no município de Teresina, capital do Estado do Piauí. Entretanto, contará como cenário do estudo as Unidades Básicas de Saúde, da zona urbana, do município de Teresina-PI. Participarão do estudo cuidadores de crianças menores de um ano, da zona urbana de Teresina-PI. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista individual, uma única vez, com cuidadores de crianças menores de um ano, na qual serão utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro sobre questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e de saúde das crianças menores de um ano, e o segundo será o Primary Care Assessment Tool ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), versão criança.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Avaliar a Atenção Primária à Saúde ofertada a crianças menores de um ano do município de Teresina-PI, por meio da aplicação do instrumento

Primary Care Assessment Tool (PCATool), versão criança, aos cuidadores de crianças menores de um ano.

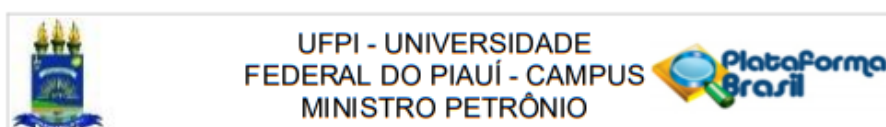
Secundário: Caracterizar o perfil dos cuidadores e das crianças menores de um ano, no âmbito da estratégia Saúde da Família, segundo dados sociodemográficos e de saúde da criança; identificar a

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86) 3237-2332 **Fax:** (86) 3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.761

presença e a extensão dos atributos da APS ofertada a crianças menores de um ano a partir da experiência dos cuidadores; Verificar a associação entre o perfil sociodemográfico dos cuidadores e de saúde das crianças menores de um ano e

os escores dos atributos da APS; Comparar a presença e a extensão dos atributos da APS ofertada a crianças menores de um ano entre as Unidades Básicas de Saúde das regiões de Teresina-PI

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação nesta pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, no entanto, algumas questões podem causar desconforto e constrangimento, mas a entrevista ocorrerá em ambiente fechado e os enfermeiros serão assegurados sobre a preservação de suas identidades.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas contribuirá para a melhoria da assistência prestada.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão a privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, não havendo exposição de seu nome em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto adequado e exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser realizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

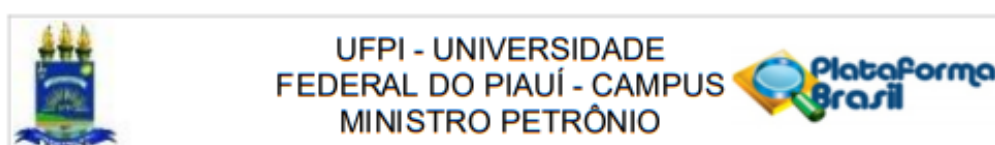
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1245482.pdf	31/10/2018 14:12:12		Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86) 3237-2332 **Fax:** (86) 3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.000.761

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/10/2018 14:11:51	silvana santiago da rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/10/2018 16:20:07	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	30/10/2018 16:19:21	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Autorizacao_Doutorado_FMS.pdf	29/10/2018 17:49:41	silvana santiago da rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_CEP.doc	29/10/2018 17:42:50	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Lattes_Augusto.pdf	25/10/2018 21:03:44	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Lattes_Silvana.pdf	25/10/2018 21:03:07	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta.pdf	25/10/2018 21:00:48	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_2018.pdf	25/10/2018 20:40:27	silvana santiago da rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	25/10/2018 20:37:33	silvana santiago da rocha	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	25/10/2018 20:05:24	silvana santiago da rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	25/10/2018 19:59:13	silvana santiago da rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 05 de Novembro de 2018

Assinado por:

Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADA A CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar da pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você concorde em participar desta pesquisa. Você tem o direito de **desistir** a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Avaliar a Atenção Primária à Saúde ofertada a crianças menores de um ano do município de Teresina-PI, por meio da aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão criança, aos cuidadores de crianças menores de um ano.

Procedimentos do estudo: Será realizada uma entrevista com os cuidadores de crianças menores de um ano, utilizando-se dois instrumentos, sendo o primeiro sobre questões relacionadas ao perfil sociodemográfico dos cuidadores e ao perfil

sociodemográfico e de saúde das crianças menores de um ano, e o segundo consistirá no *Primary Care Assessment Tool* ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), versão criança, a partir do qual se fará a avaliação da atenção à criança na Atenção Primária à Saúde..

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas contribuirá para a melhoria da assistência prestada.

Riscos: A participação nesta pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, no entanto, algumas questões podem causar desconforto e constrangimento, mas a entrevista ocorrerá em ambiente fechado e os enfermeiros serão assegurados sobre a preservação de suas identidades.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão a privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, não havendo exposição de seu nome em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, _____ de _____ de 201__

_____	_____
Assinatura	Nº Identidade
_____	_____
Pesquisador responsável	Pesquisador assistente

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI Tel.: (86) 3237-2332 – e-mail: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADA A CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de entrevista. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, ____ de _____ de _____.

Pesquisador responsável