



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA**



**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
CRIANÇA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA**

DANIELA FERREIRA BORBA CAVALCANTE

**RIO DE JANEIRO-RJ
DEZEMBRO – 2021**

DANIELA FERREIRA BORBA CAVALCANTE

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
CRIANÇA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA**

Defesa de tese apresentada à banca examinadora junto ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na área do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Saúde Coletiva (NUPENSC), linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva; como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. MARIA HELENA DO NASCIMENTO SOUZA

RIO DE JANEIRO-RJ

DEZEMBRO – 2021

C184a Cavalcante, Daniela Ferreira Borba
AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DA CRIANÇA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA / Daniela
Ferreira Borba Cavalcante. -- Rio de Janeiro, 2021.
137 f.

Orientador: Maria Helena do Nascimento Souza.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde
da Família. 3. Saúde da Criança. 4. Avaliação de
serviços de saúde. I. Souza, Maria Helena do
Nascimento , orient. II. Título.

Daniela Ferreira Borba Cavalcante

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
CRIANÇA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA**

Defesa de tese apresentada à banca examinadora junto ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na área do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Saúde Coletiva (NUPENSC), linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva; como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Processo de avaliação em dezembro de 2021, parecer aprovado por:

Doutora Maria Helena do Nascimento Souza (Presidente)
Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Doutora Jeanne Lúcia Gadelha Freitas (1ª Examinadora)
Professora da Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Doutora Patrícia Lima Pereira Peres (2ª Examinadora)
Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Doutora Donizete Vago Daher (3ª Examinadora)
Professora da Universidade Federal Fluminense - UFF

Doutora Ana Inês Sousa (4ª Examinadora)
Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Doutora Nathalia Halax Orfao (1ª Suplente)
Professora da Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Doutora Elisa da Conceição Rodrigues (2ª Suplente)
Professora Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

DEDICATÓRIA

À minha família, pelo incentivo e apoio durante essa jornada.

Aos usuários, trabalhadores e pesquisadores da Atenção Primária em Saúde, por acreditarem em um sistema de saúde mais justo e igualitário.

AGRADECIMENTOS

Á Deus pela vida, pela força e saúde, e por ter sido a luz durante todo esse percurso. Á Ele toda honra e toda glória!

À minha família pelo carinho e amor de sempre! Meus pais, Cezar Augusto e Marenez Borba pelo exemplo, amor, por me mostrarem a importância de continuar estudando, e por cuidarem tão bem do meu bem mais precioso, minha filha Antonella Cavalcante, nos momentos da necessária concentração.

Ao meu esposo Marcio José Cavalcante pelo amor, apoio, principalmente pela compreensão nos momentos de ausência e pelo cuidado com nosso maior tesouro, nossa filha Antonella Cavalcante a quem eu amo muito, que me transformou e torna meus dias mais felizes.

A minha irmã, Evelynne Borba pelo apoio e motivação constante e por não medir esforços em nos ajudar.

Agradeço à professora Dr^a Maria Helena do Nascimento Souza que acreditou neste projeto, por ter me acolhido, pela confiança, pelos os ensinamentos, e principalmente por não ter desistido nos momentos que estive ausente e mais precisei. Minha eterna gratidão!

Às professoras Doutoradas Ana Inês Sousa, Patrícia Lima Pereira Peres, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas, Nathalia Halax Orfão, Donizete Vago Daher, Elisa da Conceição Rodrigues pelo aceite em integrar minha banca final de tese e pelas valorosas contribuições.

Às minhas amigas Elen, Valentina, Jackeline, Adriana Dias e Sônia, que o DINTER proporcionou uma maior aproximação, pelo apoio, contribuições, pelo aprendizado e crescimento juntas e pelo agradável período em que estivemos juntas no cumprimento da disciplina do Estágio Obrigatório, no Rio de Janeiro.

Clenilda, obrigada pela parceria nesses 11 anos de convivência. Dividimos muitas histórias até aqui, e agora a melhor de todas, a maternidade.

A todos os colegas da turma DINTER, pelos momentos vividos.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia, pelo apoio, em especial à Professora Jeanne Gadelha, que me proporcionou outro olhar à saúde da criança, pelo incentivo e apoio desde o início.

Ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva e a Escola de Enfermagem Anna Nery, bem como a todos os professores que nos acompanharam neste DINTER EEAN/UFRJ/UNIR, pelo conhecimento proporcionado. À Fundação Universidade Federal de Rondônia-UNIR por nos proporcionar essa parceria.

Aos enfermeiros e médicos, das Unidades de Saúde da Família da zona urbana de Porto Velho e a todos os usuários que gentilmente contribuíram na coleta dos dados desta pesquisa. À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, por permitir a realização deste trabalho.

A aluna Emanoella Reis, que me apoia desde o início da coleta de dados e se tornou minha orientanda de trabalho de conclusão de curso, espero ter despertado em você o interesse pela APS e saúde da criança. E também aos alunos Vitória, Jennysser, Beatriz Vasconcelos, Hanny, Debrair e Aleksandra pelo apoio na coleta de dados.

A todos, muito obrigada!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

RESUMO

CAVALCANTE, Daniela Ferreira Borba. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde da criança em Porto Velho, Rondônia.** Rio de Janeiro, 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

A atenção à saúde da criança se constitui em uma preocupação das políticas públicas no contexto nacional e internacional devido a maior vulnerabilidade desse grupo etário em adquirir morbidades em seu processo de crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, apresentar elevadas taxas de mortalidade. Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa uma estratégia de organização do sistema de saúde que busca reordenar os recursos e ações para satisfazer as necessidades da população de forma resolutiva. Objetivou avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança menor de dois anos no município de Porto Velho-RO. Estudo transversal, do tipo avaliativo, de abordagem quantitativa, realizado em Unidades de Saúde da Família de Porto Velho. A amostra foi de 36 profissionais, sendo 20 enfermeiros e 16 médicos e 104 familiares cuidadores de crianças menores de dois anos. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2020 mediante aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão para profissionais de saúde e para os responsáveis de crianças menores de dois anos. Os dados foram analisados no programa SPSS versão 23.0, mediante análise estatística descritiva e categorizados em forte ($\geq 6,6$) ou baixa ($<6,6$) orientação para APS, após atender aos preceitos éticos. Os resultados mostraram que o perfil dos profissionais se caracteriza pela maioria com idade inferior a 40 anos (60%), sexo feminino (85,7%), curso de Pós-Graduação na área da Saúde da Família (74,3%), tempo superior a quatro anos de atuação em Saúde da Família (80,5%), ingresso no serviço através de concurso público (91,7%) e presença de outro vínculo empregatício (94,4%). Para estes profissionais houve uma forte orientação do serviço para a APS (6,65 dp= $\pm 0,99$), principalmente em relação a Coordenação do Sistema de Informação (7,90 dp= $\pm 1,61$), Integralidade Serviços Prestados (7,56 dp= $\pm 1,28$) e Orientação Familiar (8,33 dp= $\pm 1,7518$). Quanto ao perfil dos familiares cuidadores das crianças menores de dois anos, a maioria possuía idade inferior a 30 anos (73,1%), sexo feminino (95,1%), vivia em união estável (76,9%), possuía o ensino médio completo ou ensino superior (56,7%) e não trabalhava (75,7%). Na avaliação do escore geral da APS atribuído por tais responsáveis, verificou-se que, de uma forma geral, houve uma baixa orientação do serviço para a APS (5,97 dp= $\pm 1,23$), seja pela Acessibilidade (5,16 dp= $\pm 1,47$), Longitudinalidade (5,72 dp= $\pm 2,22$), Coordenação - Integração dos cuidados (3,89 dp=

$\pm 3,58$), Integralidade dos serviços disponíveis (5,59 dp= $\pm 1,89$), Orientação familiar (5,87 dp= $\pm 2,92$) e Orientação Comunitária (3,07 dp= $\pm 2,78$). No entanto, foram avaliados de forma satisfatória os atributos: Grau de Afiliação (8,04 dp= $\pm 3,25$). Diante de tais achados, verificou-se uma percepção contraditória entre profissionais de saúde e familiares cuidadores, evidenciando fragilidades em como o serviço é ofertado e recebido, respectivamente. Assim, verifica-se a necessidade de implementação das ações voltadas para o fortalecimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde no município estudado, visando o cuidado integral e resolutivo.

Descritores: Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

CAVALCANTE, Daniela Ferreira Borba. **Assessment of the attributes of primary health care for children in Porto Velho, Rondônia.** Rio de Janeiro, 2021. Thesis (Ph. D in Nursing) – Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2021.

Child health care is a public policy concern in the national and international context due to the greater vulnerability of this age group to acquire morbidities in their growth and development process and, consequently, to present high mortality rates. Thus, Primary Health Care (PHC) represents a health system organization strategy that seeks to reorganize resources and actions to meet the population's needs in a resolute manner. It aimed to evaluate the presence and extent of the attributes of Primary Health Care for children under two years of age in the city of Porto Velho-RO. Cross-sectional, evaluative study, with a quantitative approach, carried out in Family Health Units in Porto Velho. The sample consisted of 36 professionals, 20 nurses and 16 doctors and 104 family caregivers of children under two years of age. Data collection was carried out from January to February 2020 by applying the Primary Care Assessment Tool (PCATool), a version for health professionals and those responsible for children under two years of age. Data were analyzed using the SPSS version 23.0 program, using descriptive statistical analysis and categorized into strong (≥ 6.6) or low (<6.6) guidance for PHC, after meeting the ethical precepts. The results showed that the profile of professionals is characterized by the majority under the age of 40 years (60%), female (85.7%), Postgraduate course in the field of Family Health (74.3%), more than four years of experience in Family Health (80.5%), admission to the service through public examination (91.7%) and presence of another employment relationship (94.4%). For these professionals, there was a strong orientation of the service towards PHC (6.65 dp= ± 0.99), mainly in relation to the Coordination of the Information System (7.90 dp= ± 1.61), Integrality of Services Provided (7.56 dp= ± 1.28) and Family Orientation (8.33 dp= ± 1.7518). Regarding the profile of family caregivers of children under two years old, most were under 30 years old (73.1%), female (95.1%), lived in a stable relationship (76.9%), had completed high school or higher education (56.7%) and did not work (75.7%). In the assessment of the general PHC score attributed by those responsible, it was found that, in general, there was a low orientation of the service for PHC (5.97 sd= ± 1.23), either by Accessibility (5.16 sd= ± 1.47), Longitudinality (5.72 sd= ± 2.22), Coordination - Integration of care (3.89 sd= ± 3.58), Completeness of available services (5.59 sd= ± 1.89), Family Orientation (5.87 dp= ± 2.92) and Community Orientation (3.07 dp= ± 2.78). However, the following attributes were satisfactorily evaluated:

Degree of Affiliation (8.04 $dp= \pm 3.25$). Given these findings, there was a contradictory perception between health professionals and family caregivers, showing weaknesses in how the service is offered and received, respectively. Thus, there is a need to implement actions aimed at strengthening the attributes of Primary Health Care in the municipality studied, aiming at comprehensive and effective care.

Descriptors: Child Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Evaluation of health services.

RESUMEN

CAVALCANTE, Daniela Ferreira Borba. **Evaluación de los atributos de la atención primaria de salud infantil en Porto Velho, Rondônia. Río de Janeiro, 2021.** Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, 2021.

La atención de la salud infantil es una preocupación de política pública en el contexto nacional e internacional debido a la mayor vulnerabilidad de este grupo de edad para adquirir morbilidades en su proceso de crecimiento y desarrollo y, en consecuencia, presentar altas tasas de mortalidad. Así, la Atención Primaria de Salud (APS) representa una estrategia de organización del sistema de salud que busca reorganizar recursos y acciones para atender de manera decidida las necesidades de la población. Su objetivo era evaluar la presencia y extensión de los atributos de la Atención Primaria de Salud para niños menores de dos años en la ciudad de Porto Velho-RO. Estudio transversal, evaluativo, con enfoque cuantitativo, realizado en Unidades de Salud de la Familia en Porto Velho. La muestra estuvo conformada por 36 profesionales, 20 enfermeros y 16 médicos y 104 cuidadores familiares de niños menores de dos años. La recogida de datos se realizó de enero a febrero de 2020 mediante la aplicación de la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria (PCATool), versión para profesionales sanitarios y responsables de menores de dos años. Los datos se analizaron utilizando el programa SPSS versión 23.0, utilizando análisis estadístico descriptivo y categorizados en orientación fuerte ($\geq 6,6$) o baja ($<6,6$) para la APS, después de cumplir con los preceptos éticos. Los resultados mostraron que el perfil de los profesionales se caracteriza por tener mayoritariamente menores de 40 años (60%), mujeres (85,7%), Posgrado en el campo de la Salud de la Familia (74,3%), más de cuatro años de experiencia en Salud de la familia (80,5%), ingreso al servicio mediante examen público (91,7%) y presencia de otra relación laboral (94,4%). Para estos profesionales, hubo una fuerte orientación del servicio hacia la APS (6,65 dp = $\pm 0,99$), principalmente en relación a la Coordinación del Sistema de Información (7,90 dp = $\pm 1,61$), Integralidad de los Servicios Prestados (7,56 dp = $\pm 1,28$) y Orientación Familiar (8,33 dp = $\pm 1,7518$). En cuanto al perfil de los cuidadores familiares de niños menores de dos años, la mayoría eran menores de 30 años (73,1%), mujeres (95,1%), vivían en relación estable (76,9%), había completado la educación secundaria o superior (56,7%) y no trabajaba (75,7%). En la valoración de la puntuación general de APS atribuida por los responsables, se constató que, en general, existía una baja orientación del servicio a la APS (5,97 dt = $\pm 1,23$), ya sea por Accesibilidad (5,16 dt = $\pm 1,47$), Longitudinalidad (5.72 dp

= \pm 2.22), Coordinación - Integración de la atención (3.89 dp = \pm 3.58), Integridad de los servicios disponibles (5.59 dp = \pm 1 .89), Orientación familiar (5.87 dp = \pm 2.92) y Orientación comunitaria (3.07 dp = \pm 2,78). Sin embargo, se evaluaron satisfactoriamente los siguientes atributos: Grado de Afiliación (8.04 dp = \pm 3.25). Ante estos hallazgos, existe una percepción contradictoria entre los profesionales de la salud y los cuidadores familiares, mostrando debilidades en la forma en que se ofrece y recibe el servicio, respectivamente. Por tanto, es necesario implementar acciones encaminadas a fortalecer los atributos de la Atención Primaria de Salud en el municipio estudiado, con miras a una atención integral y eficaz.

Descriptores: Salud Infantil; Primeros auxilios; Estrategia de salud de la familia; Evaluación de servicios de salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

DINTER – Doutorado Interinstitucional

ESF – Estratégia Saúde da Família

EqSF – Equipe de Saúde da Família

FHEMERON – Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia

HICD – Hospital e Pronto-Socorro Infantil Cosme e Damião

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

NUPENSC - Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNPG – Plano Nacional de Pós-Graduação

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

RO – Rondônia

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TF – Taxa de Fecundidade

TN - Taxa de Natalidade

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UNIR – Fundação Universidade Federal de Rondônia

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 Características socioeconômicas e ocupacionais dos profissionais da saúde (enfermeiros e médicos) das Unidades de Saúde da Família do município de Porto Velho-RO, 2020.....	56
Tabela 2 Escores atribuídos às dimensões da APS pelos profissionais entrevistados nas Unidades da Estratégia Saúde da Família. Porto Velho - RO, 2020.....	59
Tabela 3 Características socioeconômicas dos cuidadores das crianças menores de dois anos atendidas nas Unidades de Saúde da Família do município de Porto Velho-RO, 2020.....	72
Tabela 4 Escores atribuídos às dimensões da APS pelos familiares cuidadores entrevistados nas Unidades da Estratégia Saúde da Família. Porto Velho-RO, 2020.....	74

LISTA DE FIGURAS

		Pág
Figura 1	Fluxograma para exemplificar os segmentos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde.....	38
Figura 2	Distribuição das unidades de saúde de Porto Velho-RO, de acordo com as regiões do município.....	42
Figura 3	Mapa estratégico da saúde com os objetivos da gestão para mostrar os resultados esperados para a sociedade do município de Porto Velho, após o cumprimento de metas estabelecidas para os próximos quatro anos: 1. Reduzir a mortalidade materno – infantil; 2. Reduzir a mortalidade por causas externas e 3. Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas com enfoque no risco cardiovascular global. Porto Velho, 2018.....	43
Figura 4	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (variáveis A1-A9), em Porto Velho -RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	61
Figura 5	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão Longitudinalidade (variáveis B1-B13), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	63
Figura 6	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão coordenação-integração de cuidado (variáveis C1-C6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	65
Figura 7	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão coordenação - sistema de informações (variáveis D1-D3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	66
Figura 8	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão integralidade-serviços disponíveis (variáveis E1-E22), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	67
Figura 9	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão integralidade-serviços prestados (variáveis F1-F15), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	69
Figura 10	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão orientação familiar (variáveis G1-G3), em	

	Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	70
Figura 11	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão orientação comunitária (variáveis H1-H6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	71
Figura 12	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidadores e/ou familiar na dimensão Acesso de Primeiro Contato – Utilização (variáveis B1-B3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	75
Figura 13	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (variáveis C1-C6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	77
Figura 14	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Longitudinalidade (variáveis D1-D14), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	78
Figura 15	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Coordenação – Integração de Cuidados (variáveis E1-E6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	80
Figura 16	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Coordenação – Sistema de Informações (variáveis F1-F3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	82
Figura 17	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Integralidade – Serviços Disponíveis (variáveis G1-G9), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	83
Figura 18	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Integralidade – Serviços Prestados (variáveis H1-H5), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	84
Figura 19	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Orientação Familiar (variáveis I1-I3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020....	85
Figura 20	Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar na dimensão Orientação Comunitária (variáveis J1-J4), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.....	87

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	20
1.1	Contextualização do objeto de estudo.....	20
1.2	Objetivos.....	23
1.3	Justificativa.....	24
1.4	Contribuições.....	28
II	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
2.1	Atenção Primária à Saúde.....	30
2.2	Políticas de Saúde da Criança.....	34
2.3	Avaliação dos Serviços de Atenção Primária no Contexto da Saúde da Criança	37
III	MATERIAL E MÉTODOS	41
3.1	Delineamento do Estudo	41
3.2	Local do Estudo	41
3.2.1	Caracterizando o Município de Porto Velho.....	43
3.3	População e Amostra	46
3.4	Procedimentos de coleta de dados.....	47
3.4.1	Seleção e Treinamento dos Entrevistadores.....	48
3.5	Instrumentos de Coleta de Dados.....	48
3.5.1	Processamento e Análises dos Dados.....	50
3.6	Aspectos Éticos.....	54
IV	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55

V	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICES	105
	ANEXOS	109

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O interesse em desenvolver essa pesquisa sobre a avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança em Porto Velho-Rondônia, surgiu a partir das experiências vivenciadas durante a minha trajetória acadêmica no curso de graduação em Enfermagem e, posteriormente, na minha vida profissional dedicada às ações da promoção da saúde infantil.

Desde a graduação onde participei do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), venho desenvolvendo pesquisa na área materno-infantil sobre as temáticas: aleitamento materno e avaliação do pré-natal. Após a conclusão do curso de graduação, atuando como enfermeira na Coordenação Estadual de Saúde da Mulher de Rondônia, mais especificamente no Programa de Assistência ao Pré-natal, dei continuidade aos estudos na área da saúde da mulher.

Durante o mestrado, trabalhei com um projeto sobre avaliação do pré-natal e, a partir dos resultados evidenciados na área de saúde da mulher, comecei a me questionar sobre a qualidade da assistência à saúde da criança. Desta forma, ao ingressar, em 2014, como docente, na Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), me aproximei da área da saúde infantil e percebi a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a temática com vistas a contribuir para a efetivação das políticas públicas, principalmente aquelas voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Velho - Rondônia.

A atenção à saúde da criança se constitui em uma preocupação das políticas públicas no contexto nacional e internacional devido a maior vulnerabilidade desse grupo etário em adquirir morbidades em seu processo de crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, apresentar elevadas taxas de mortalidade. Por isso, ressalta-se a adoção de práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos na infância baseadas nas normas e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2010; SANTOS et al., 2018).

No Brasil, as principais políticas voltadas para a atenção à saúde da criança, adotadas pelo Ministério da Saúde (MS), têm focado entre outros aspectos a implementação de protocolos assistenciais voltados para a redução da mortalidade infantil que reflete diretamente na melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2012).

O modelo assistencial brasileiro tem como porta de entrada os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), os quais têm por objetivo “desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012, p.19). Desta forma, a APS representa uma estratégia de organização do sistema de saúde que busca reordenar os recursos e ações para satisfazer as necessidades da população de forma resolutiva.

A principal estratégia de implementação da APS tem sido a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Criada em 1994 como um programa, a ESF vem sendo adotada em nível nacional como um modelo ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se propõe a transformar o modelo tradicional assistencial biomédico em um modelo de saúde centrado na atenção multiprofissional frente às necessidades das pessoas, famílias e comunidades (GOMES, 2011; BRASIL, 2012).

Neste sentido, a ESF tem sido reconhecida como uma das mais efetivas políticas adotadas pelo país para a redução de internações por condições sensíveis à APS e redução da mortalidade infantil, reforçando a relevância deste modelo na atenção à saúde da criança (GIOVANELLA, 2009).

O processo de reordenação do sistema de saúde requer mudanças estruturais, incluindo recursos financeiros, materiais e humanos e necessita de constante avaliação da qualidade dos serviços prestados à população (RODRIGUES e ANDERSON, 2011), tornando-se necessário considerar a visão dos usuários e dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, visando subsidiar a identificação de problemas, incorporação de novas práticas sanitárias, mensuração do impacto das ações implementadas pelos serviços sobre o estado de saúde da população (STARFIELD et al., 2005; BRASIL, 2012; CASTRO et al., 2012), além da reflexão sobre o acesso e oferta das ações, com valorização do vínculo, acolhimento e humanização para um cuidado integral, efetivo e de qualidade à criança na APS. Para tanto, o modelo de atenção à saúde precisa estar orientado por eixos estruturantes que na literatura internacional recebem o nome de atributos essenciais e derivados (OLIVEIRA E PEREIRA, 2013).

De acordo com Starfield (2002), a presença e a extensão de atributos essenciais (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), constituem indicadores de avaliação da qualidade dos serviços da APS. Os atributos essenciais são assim chamados, pois um serviço de atenção básica, dirigido à população geral, só pode ser considerado provedor de atenção primária, quando há quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. A

identificação desses atributos é importante para definir se o serviço está realmente embasado na APS (BRASIL, 2010).

A acessibilidade está relacionada ao primeiro contato e acesso do usuário com o sistema de saúde diante de cada problema que necessite de assistência. A longitudinalidade requer uma fonte regular de atenção ao longo do tempo e uma relação interpessoal de confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. A integralidade é definida como um conjunto de serviços disponíveis e prestados que atendam as necessidades da população, mediante atendimento na unidade ou encaminhamento para outros níveis de atenção. Portanto, implica nas articulações efetuadas pelas unidades de APS para que o indivíduo receba toda a assistência necessária à sua saúde (STARFIELD, 2002).

Ainda segundo a mesma autora, a coordenação da atenção pressupõe a continuidade com atendimento pelo mesmo profissional, ou meio de prontuários médicos ou ambos, com co-responsabilização do cuidado global do usuário. Em relação aos atributos derivados, destacam-se a atenção à saúde centrada na família e seu contexto social, as necessidades da comunidade identificadas a partir de dados epidemiológicos e do contato direto com a mesma e a adaptação dos profissionais de saúde às características culturais da população.

As práticas da ESF se relacionam e organizam informações sobre a saúde das famílias de uma forma ampliada, conhecem a estrutura e funcionalidade das mesmas, possibilitam o estímulo à participação no controle social e a readequação do processo de trabalho (BORGES, 2010).

A avaliação do processo de trabalho é de extrema importância para fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da atenção prestada pela Equipe de Saúde da Família (EqSF) (FARIA et al., 2009). Três categorias podem ser utilizadas para a avaliação dos serviços de saúde: a estrutura, o processo e o resultado. A avaliação do processo possibilita verificar como se dá a assistência à saúde prestada pelos profissionais de saúde à população (DONABEDIAN, 1988).

No contexto da APS, a assistência à saúde das crianças menores de dois anos constitui em uma atividade de grande relevância em função da vulnerabilidade que elas apresentam durante essa fase da vida. Por meio do acompanhamento da saúde da criança, papel do serviço de Puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças aumentando as chances da criança crescer e se desenvolver, alcançando todo seu potencial para uma vida adulta saudável (CAMPOS et al., 2011).

Assim, ressalta-se a importância da avaliação dos atributos da APS frente à saúde da criança, pois é o grau de comprometimento dos serviços de saúde com esses princípios que

garantem a efetividade na assistência, uma vez que grande parte das ações de prevenção e de promoção à saúde infantil é tecnologicamente simples (DAMASCENO, 2014).

Figueiredo (2011), em sua revisão sistemática sobre a concordância de instrumentos de avaliação de serviços da APS, verificou que dentre os estudos avaliativos aqueles que utilizaram o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) mostraram-se eficazes, apresentando promissoras estratégias de avaliação e comparação de serviços de APS com diferentes formas de organização e financiamento.

Nessa perspectiva, motivada pela escassez de estudos que utilizam o PCATool, para avaliação da qualidade da atenção à saúde das crianças atendidas em unidades de saúde da família na região norte e em Porto Velho - Rondônia (RO) viu-se a necessidade de desenvolver a presente pesquisa.

Este estudo pressupõe que quanto maior for a incorporação dos atributos da APS nos serviços da rede de atenção básica no município, melhores serão as condições de saúde das crianças acompanhadas pelas EqSF e, conseqüentemente, menores serão as taxas de morbimortalidade infantil.

Nesta perspectiva o objeto desse estudo é a avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais e familiares/cuidadores de crianças menores de dois anos assistidas pela ESF do município de Porto Velho-RO.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) da criança menor de dois anos no município de Porto Velho-RO.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde na assistência prestada às crianças menores de dois anos de idade, na perspectiva dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família;
- Identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde no atendimento recebido na Unidade Saúde da Família, na perspectiva dos familiares cuidadores das crianças menores de dois anos de idade;
- Analisar a efetividade do cuidado à saúde da criança por meio da incorporação dos atributos essenciais e derivados na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais e familiares cuidadores das crianças menores de dois anos de idade.

1.3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pelo fato da APS ser porta de entrada do sistema de saúde, devendo ser o serviço de primeiro contato da população com a RAS, onde são desenvolvidas ações voltadas para a prevenção de danos, assistência integral, redução da morbimortalidade e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida (FURTADO, 2013).

Nessa perspectiva, na atenção à saúde da criança, ressalta-se a importância de uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva, pautada nos princípios do cuidado centrado na família e na crença de que as necessidades e o bem-estar de toda a família são alcançados com maior eficácia quando há o envolvimento de todos no planejamento dos cuidados. Assim, o relacionamento entre a família e os profissionais de saúde constitui o elemento central para a promoção de um cuidado de qualidade à criança (CRUZ e ANGELO, 2011).

São várias publicações inerentes à APS tanto no âmbito nacional quanto no internacional, que trazem grande convergência de evidências e resultados ao demonstrarem o impacto positivo da APS para a saúde da população, o alcance de maior equidade, maior satisfação dos usuários, diminuição dos custos de saúde e a constituição de populações mais saudáveis (LIMA, 2014).

Vários impactos positivos na saúde da população puderam ser observados em alguns países que adotaram e implementaram a APS em seus territórios, como: Portugal, França, Inglaterra, Alemanha, Austrália, Suécia, África do Sul, Finlândia, Dinamarca, Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Bolívia, Costa Rica, México e outros. Dentre tais impactos, destaca-se a melhora nos indicadores de saúde como: taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade por doença cardíaca, aumento da expectativa de vida e melhores índices de detecção precoce de cânceres diversos, dentre outros (BRASIL, 2008a; 2011a; 2011b; STARFIELD, 2002).

Somam-se a isto, os compromissos assumidos na Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que preconizam a melhoria dos direitos e do bem-estar da população, especialmente dos mais desfavorecidos, com vistas a um mundo saudável hoje e nas futuras gerações. Dentre os 17 objetivos do ODS, destaca-se no terceiro objetivo a necessidade de assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades, corroborando com a ideia de que precisamos de uma assistência à saúde com qualidade (ODS, 2018).

Nesta perspectiva, os serviços da APS devem oferecer acessibilidade à população, integralidade, longitudinalidade dos cuidados e contar com a intersetorialidade. E, portanto, no âmbito da assistência infantil, faz-se cada vez mais necessária a avaliação do trabalho desenvolvido em tais serviços, tendo em vista a implementação das políticas públicas voltadas para a implementação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e controle das possíveis doenças apresentadas pelas crianças nos primeiros anos de vida.

Estudos apontam que as altas taxas de hospitalização, dentre elas a infantil por condições sensíveis à APS, indicam uma atenção inadequada em relação ao tipo de localização, intensidade e oportunidade de atendimento (LIMA, 2012), bem como a situação de vulnerabilidade social (RASELLA, et al., 2018).

Com o objetivo de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimada pela Portaria GM nº 1.130 de 5 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015).

Nesta Política, uma das prioridades é o estabelecimento de ações de qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela APS e na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que visam fortalecer a RAS na primeira infância, evitando internações inoportunas ou desnecessárias por causas sensíveis à APS, uma vez que a hospitalização pediátrica gera custos para o sistema de saúde, além de consequências físicas e emocionais para a criança e família.

Para que a APS consiga executar as ações preconizadas pela PNAISC com melhores resultados, efetividade e maior qualidade, estas devem estar estruturadas com base nos chamados atributos ordenadores: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Considerando esses aspectos e a concepção integral do processo saúde-doença da criança na APS, os serviços são espaços ideais à promoção da saúde infantil no âmbito sanitário. Ao prover cuidado de primeiro contato contínuo, com ênfase na promoção e prevenção com orientação familiar, os serviços primários efetivos possibilitam todas as condições para o acompanhamento de qualidade à população infantil adscrita a eles (STEIN e ÁLVAREZ-DARDET, 2004).

Nesse sentido, o olhar dos profissionais e usuários (pais/mães/cuidadores das crianças) no processo avaliativo do sistema de saúde é fundamental, pois conforme Santos et al. (2008),

tais indivíduos compõem os principais atores e protagonistas das ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

A inclusão da perspectiva do usuário no processo avaliativo corrobora com as orientações do SUS em relação à participação e controle social na gestão dos serviços de saúde (AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2006; BRASIL, 1990), onde a opinião, interesse e o envolvimento dos usuários são imprescindíveis.

Apesar do incentivo do MS para estudos sobre a avaliação dos serviços de saúde na percepção dos usuários, nota-se que estes ainda são incipientes e constituem em um grande desafio para gestores ao elaborar e reorientar as políticas e programas na APS (CAMPOS et al., 2014).

Assim, conhecer como os usuários e profissionais avaliam as ações assistenciais voltadas para a atenção à saúde da criança desenvolvidas nas unidades de saúde contribui para a qualificação do cuidado e para a avaliação das políticas de saúde governamentais implementadas nos municípios, com vistas à promoção da saúde infantil.

Ante o exposto, agregado à vivência durante o ensino teórico-prático da disciplina Enfermagem e a saúde da criança e do adolescente no curso de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), surgiu o interesse em estudar como se dá o cuidado a saúde da criança atendida nos serviços da APS.

Desta forma, a presente pesquisa se propõe avaliar a atenção à saúde da criança menor de dois anos em Porto Velho, à luz dos atributos essenciais e derivados da APS, com base em um instrumento de avaliação já validado no país, o PCATool, utilizado na avaliação de processo e estrutura dos serviços da APS.

Buscando identificar estudos realizados no recorte temporal de 2010 a 2019 sobre a avaliação da APS da criança, realizou-se uma revisão bibliográfica consultando as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDenf), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), utilizando-se como descritores: “Saúde da Criança”, “Atenção Primária à Saúde”, “Pesquisa sobre Serviços de Saúde” e seus correspondentes em inglês, optando pelos critérios de inclusão: textos completos disponíveis na íntegra e idiomas português, inglês e espanhol.

Primeiramente, foi feita a busca pelos descritores “atenção primária à saúde” AND “saúde da criança” AND “avaliação dos serviços de saúde”, totalizando 18 na LILACS, seis na MEDLINE e seis na BDEF.

A busca mostrou que não há trabalhos científicos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* a respeito do tema na Região Norte. O Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2011-2020 coloca ainda a Amazônia (área geográfica que abrange a Região Norte, parte do Nordeste e Centro-Oeste) como sendo uma das prioridades a serem consideradas quando o assunto é investimento em ciência e tecnologia, no sentido de reduzir as desigualdades regionais na produção de conhecimento científico e colaborar para o desenvolvimento sustentável das regiões (BRASIL, 2010).

A lacuna na produção de conhecimento na Região Norte é apontada no Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2011-2020, elaborado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que aponta para desigualdades regionais em relação à produção de conhecimento, estando as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em desvantagem, quando comparadas com a produção de conhecimento científico nas Regiões Sul e Sudeste do país (BRASIL, 2010). Porém, com relação ao tema, os estudos estão sendo realizados nas regiões sul, sudeste e nordeste.

Diante do exposto, frente a essa lacuna do conhecimento, ressalta-se a necessidade de conhecer como a população e os profissionais de Porto Velho/RO avaliam a qualidade dos serviços primários à saúde da criança atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

É um estudo viável, uma vez que as unidades de saúde onde estarão os profissionais e usuários participantes do estudo estão situadas na área geográfica urbana da capital, portanto de fácil acesso. Em Porto Velho, o cotidiano assistencial da APS é composto na prática por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais da saúde bucal.

O estudo justifica-se também, pela possibilidade de ser um importante parâmetro de avaliação dos serviços de saúde ao identificar limitações e potencialidades da qualidade da atenção prestada à primeira infância no município. Pois, quando a atenção é qualificada e pautada nos atributos da APS, ocorrem menos complicações dos agravos e melhores desfechos clínicos na situação de saúde das crianças.

Uma avaliação da APS com o PCATool-Brasil pode trazer outras questões que apontem para os aspectos que possam apoiar profissionais na coordenação das ações, na continuidade e qualidade da atenção à saúde. Segundo Mota e David (2015), o PCATool-Brasil baseia-se na avaliação de aspectos da estrutura, processo e resultado, a partir da medida dos atributos estruturantes da APS é adequado e apropriado para a avaliação da ESF, especialmente por ter sido validado no Brasil.

Estudos de validação do PCATool foram desenvolvidos no Brasil, estando validadas as três versões do instrumento: usuários adulto e infantil do serviço de APS e profissionais de APS. Sobre a validação do instrumento versão profissionais para o contexto brasileiro Hauser et al (2013, p. 244), concluíram que:

o instrumento é válido e fidedigno para a mensuração da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde. Pode ser utilizado tanto para identificação, monitoramento e avaliação dos atributos da APS nos serviços de saúde quanto para estudos comparativos.

1.4 CONTRIBUIÇÕES

Os resultados desta pesquisa contribuirão com a produção de informações por meio de uma fonte externa de avaliação da APS e dados atualizados sobre a atenção integral à saúde da criança, sobretudo à menores de dois anos. Esses dados poderão também servir de base na elaboração de ações para melhoria do atendimento prestado às crianças e seu familiar/cuidador na APS no sentido de consolidar os pontos fortes e otimizar recursos com a priorização das necessidades levantadas, considerando também a Agenda de Prioridades de Pesquisa do MS (BRASIL, 2018).

Esta pesquisa contribuirá com a gestão da APS local, bem como com o trabalho dos enfermeiros, porque poderá subsidiar a construção de linha de cuidado à saúde integral da criança, alinhados às reais necessidades dos serviços ao processo de trabalho dos profissionais da saúde da família que prestam cuidados à população infantil em Porto Velho. Portanto, no que se refere à assistência, poderá contribuir para que os enfermeiros e os demais profissionais da equipe reflitam sobre sua prática assistencial e se necessário direcionem suas ações para a melhoria da qualidade da assistência prestada às crianças na APS.

A pesquisa se aplica ainda ao meio acadêmico, que será informado dos resultados do estudo por relatório de pesquisa, pela disponibilização dos resultados através da apresentação dos mesmos em eventos científicos e pela publicação de artigos em periódicos de mesmo nível de alcance. Para o ensino, esta investigação poderá servir como uma fonte de consulta para ampliação do conhecimento acerca da temática para os estudantes de graduação e pós-graduação. Na área da pesquisa, poderá contribuir com os pesquisadores que buscam aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto e contribuirá, ainda, para o fortalecimento das linhas de pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A pesquisa também se torna relevante por pautar um tema da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

CAPÍTULO II

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Neste estudo, será utilizado o conceito de APS proposto por Bárbara Starfield que representa o serviço preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde para todas as necessidades e problemas, e possui caráter estratégico na estruturação das ações (STARFIELD, 2002).

Em 1920, o Ministério da Saúde do Reino Unido elaborou o relatório Dawson, que é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Na década de 1970, outro documento ganhou relevância na Atenção Primária à Saúde, o relatório Lalonde, do Ministério da Saúde Canadense, que utilizava estudos epidemiológicos especialmente entre a relação da saúde com as condições de vida, em particular o saneamento ambiental e a nutrição. O relatório discutia "Uma nova perspectiva para a saúde dos Canadenses" e mostrava a importância da prevenção das doenças e da promoção de boa saúde para a população. Destacava também, a organização de um sistema de saúde adequado, assumindo responsabilidade governamental (GIOVANELA et al., 2008)

Starfield (2004) menciona que, no ano de 1978, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde, onde se originou a Declaração de Alma-Ata, decidiu unicamente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a obtenção de vida social e economicamente produtiva para todos os cidadãos, cujo tema ficou conhecido como "Saúde para Todos no Ano 2000".

Foi com a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, que houve um impulso da APS para ser uma estratégia que operacionalizasse os serviços de saúde, através de uma assistência sanitária contínua, proporcionando prevenção, promoção, cura e reabilitação (OPAS, 1978; MENDES, 1996; PRATES et al., 2017).

Desta forma, a OMS (1978) definiu a APS ou os cuidados primários de saúde como sendo:

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. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Atenção sanitária essencial baseada em métodos práticos, cientificamente corretos e socialmente aceitáveis, e tecnologia universalmente acessível aos indivíduos e às famílias da comunidade, através de sua plena participação e a um custo que possa ser suportado tanto pela comunidade como pelo país, ao longo de todos seus níveis de desenvolvimento e com espírito de autonomia e autodeterminação (OMS, 1978, p. 5-6).

No sentido de afirmar a saúde como direito fundamental, os diversos representantes dos países defenderam a adoção da APS como estruturante do sistema de saúde. Assim, os cuidados primários ficaram definidos como aqueles de alcance universal dos indivíduos e famílias, tendo função central e primordial dentro do sistema de saúde, sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos e os serviços oferecidos de forma próxima à comunidade (OMS, 1978; SOUZA, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2007) refere que a APS é uma estratégia para organizar o sistema de saúde, de maneira a possibilitar o acesso e a atenção integral. Estudos evidenciam o impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde, principalmente, a partir da década de 1990. A literatura científica apresenta evidências sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência (STARFIELD, 2005).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais; o que se manteve até a década de 1970 com ações de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população (FIOCRUZ, 2009).

Em 1988, o SUS foi criado a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, na seção II os Artigos 196 a 200 tratam "DA SAÚDE". O Art. 198 define que as ações e

serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada organizados de acordo com as diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No ano de 1991, nos estados do nordeste brasileiro, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quando foi iniciado o processo de descentralização dos recursos no âmbito do SUS. As ações do PACS eram desenvolvidas pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiro, com o cadastramento da população e atenção aos grupos prioritários para a prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Em 1994, com uma avaliação positiva do PACS, foi proposto pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) que foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta era contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os profissionais, com efetivo vínculo entre a população e a unidade de saúde (LAVRAS, 2011).

No Brasil, a estratégia adotada pelo MS para a expansão da APS e, portanto, para a reorientação do SUS é a ESF, iniciada em 1994. O PSF passa então a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) (COSTA, 2015). A ESF é uma proposta do MS para a reorganização da APS, considerada uma alternativa de ação para o alcance dos princípios doutrinários do SUS - universalização, equidade e integralidade. Por meio de atenção centrada na família, com seu contexto social, permite aos profissionais uma visão ampliada das necessidades e intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

No ano de 2006, o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde publica a Portaria nº 648/2006, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que transforma o Programa Saúde da Família em estratégia para a reorganização do SUS a partir da Atenção Básica, e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Seu principal objetivo é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde que estão relacionados com os determinantes e condicionantes (BRASIL, 2012).

A PNAB foi novamente publicada após reformulação na Portaria GM/MS nº 2.488 de 2011, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Trata dos princípios e diretrizes da Atenção Básica, das funções, responsabilidades de cada esfera de

governo, infraestrutura e funcionamento das unidades de saúde. Aborda, também, as características do processo de trabalho, atribuições dos membros da equipe e especificidades das equipes (Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, Consultório na Rua, População Ribeirinha, Unidades Fluviais, Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Programa Saúde na Escola) (BRASIL, 2011).

O cotidiano assistencial da APS implica na prática da equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo incluir profissionais da saúde bucal (FERREIRA et al., 2016).

Priorizar a atenção à saúde da criança entre muitas outras demandas é uma estratégia inteligente para obter ganhos sociais e econômicos superiores aos gerados por qualquer outro investimento. Entretanto, para as crianças, mais importante do que preparar o futuro, é viver o presente na forma mais justa, plena e feliz (BRASIL, 2010b). Existem também, evidências sobre a associação entre a maior cobertura da ESF e indicadores como menor mortalidade infantil (DAMASCENO et al., 2014).

A APS é definida por Starfield (2002) como um conjunto de funções combinadas que oferece a entrada no sistema; fornece atenção integral sobre a pessoa no decorrer do tempo e para todas as condições, exceto as muito raras; e coordena e integra a atenção fornecida em outro lugar, se necessário. Também compartilha características com outros níveis de atenção, tais como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação.

A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção torna-se, portanto, condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, uma vez que se apresenta como estratégias para a superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (SILVA, 2011).

Atualmente, uma das definições operacionais consideradas, para uma APS com qualidade, pelos pesquisadores é aquela sistematizada pela pesquisadora norte americana Barbara Starfield. A partir desta definição, podem-se conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS, sendo (STARFIELD, 2002):

- **Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:** acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- **Longitudinalidade:** existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- **Integralidade:** leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- **Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

A seguir, estão descritos os chamados atributos derivados (STARFIELD, 2002):

- **Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar):** na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

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

- **Competência cultural:** adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

No Brasil, a atenção à saúde da criança vem sofrendo transformações com os avanços científicos, a incorporação de tecnologias e a adoção de modelos assistenciais. A introdução

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família (PSF) consolidou-se como principal estratégia para vigilância da saúde infantil, no âmbito da APS, com destaque para a adoção de instrumentos para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância (DAMASCENO, 2016).

Houve avanços ao longo das últimas décadas, principalmente através de transformações sociais e de políticas governamentais que foram implementadas (VICTORA et al., 2011; FILHO, 2014), os quais melhoraram os indicadores de saúde, principalmente para a redução da mortalidade infantil, ainda que muitos permaneçam em níveis inaceitáveis, caracterizando um importante desafio para a organização dos serviços de saúde no país (MOREIRA, 2012; CARNEIRO, 2012).

No início da década de 1980, a saúde da criança ganha espaço na agenda de compromissos do governo brasileiro, na tentativa de melhorar a qualidade de vida das crianças, reduzindo assim, as taxas de mortalidade do país. Com isso, muitas conquistas vêm sendo alcançadas, pode ser destacado a garantia de direitos à saúde na Constituição de 1988, a implantação do SUS, a criação da “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil”, ao Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 e seus vários programas e políticas de assistência materno-infantil, como a Rede Cegonha (2011), entre outras (FILHO, 2015; BRASIL, 2004).

Outra importante ferramenta para a qualidade no cuidado às crianças foi o desenvolvimento do “Caderno de atenção básica – saúde da criança: crescimento e desenvolvimento” que contém orientações para organizar o trabalho dos profissionais, características do crescimento e desenvolvimento, imunizações, trata também sobre a alimentação saudável, prevenção de acidentes, entre outros (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado pelo MS demonstrou que a ESF foi de fundamental importância para a redução da mortalidade infantil, principalmente quando houve aumento na cobertura da estratégia (TOMÉ, 2016).

Entre as políticas mais recentes está a PNAISC, que se estrutura em sete eixos norteadores (BRASIL p. 4-5, 2015):

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território;

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva;

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

Nessa perspectiva, a PNAISC se organiza a partir das redes de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos, na qual a APS configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central desse processo (DAMASCENO, 2016).

E para que a APS seja capaz de atender aos eixos estratégicos da PNAISC com melhores resultados, efetividade e maior qualidade, deve estar estruturada, como apresentado anteriormente, com base nos chamados atributos ordenadores, dos quais são denominados essenciais – o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e os derivados – as orientações familiar e comunitária e a competência cultural, (STARFIELD, 2002). Olhando para cada atributo para que se possa valorizar o que de forte existe nos serviços de saúde voltados à criança.

Os aspectos que envolvem os atributos da APS para oferta dos cuidados à Criança são de extrema importância, a fim de fornecer subsídios para profissionais e gestores do SUS, na perspectiva de organizar os serviços (PINA, 2015).

2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DA APS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Diante do aumento da cobertura populacional da ESF e seus serviços, cresce também a necessidade de produzir conhecimento científico sobre a APS, sendo a avaliação dos serviços de saúde um instrumento importante desse conhecimento (HARZHEIM et al., 2006). Por isso, avaliar os serviços de saúde vem se tornando cada vez mais necessário, para que se possam obter informações sobre o seu modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários (DAMASCENO, 2014).

Com base nos resultados da avaliação é possível analisar um determinado contexto e produzir informações que vão permitir a identificação de problemas, ajudar no planejamento dos serviços, subsidiar decisões, além de contribuir para a produção de conhecimento (SILVA, 2017).

Neste estudo, o referencial teórico adotado será o proposto por Donabedian (1997), no que tange à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, para ele a qualidade é o conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe confere e as atitudes para satisfazer as necessidades manifestadas ou implícitas. E o proposto por Starfield (2002) que irão nortear a avaliação da qualidade da APS, no âmbito da saúde da criança.

Segundo Starfield (2002), só haverá APS de qualidade quando os atributos essenciais e derivados estiverem presentes e sendo operacionalizados em sua totalidade. Para tanto, esta autora produziu o instrumento PCATool, nas versões ChildConsumer/ClientSurvey e AdultConsumer/ClientSurvey, aplicáveis aos usuários e adultos, respectivamente, e Facility/ProviderSurvey, aplicável aos profissionais de saúde, cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS, sob a ótica destes.

No Brasil, esse instrumento já está validado e possui questões distintas de aferição dos atributos da APS a partir da versão do adulto, criança e profissionais de saúde (HARZHEIM et al., 2006). O PCATool avalia os atributos da APS nos princípios de saúde propostos por Donabedian (BRASIL, 2010a). Nesse estudo, será utilizado o PCATool Brasil Versão Criança e Versão Profissional.

Em sua versão infantil, o PCATool permite, através entrevistas com cuidadores de crianças de até dois anos de idade e com os profissionais, identificar aspectos do funcionamento, da estrutura e do processo dos serviços da APS voltados a este público. O que reforça a importância do uso do PCATool, instrumento validado no Brasil que mede a extensão dos atributos da APS mediante a análise dos aspectos de estrutura e processo (BRASIL, 2010).

No cenário internacional também foram localizadas publicações sobre a validação do PCATool na América do Norte nos Estados Unidos (MALOUM, 2009), no Canadá (HAGGERTY, 2008), (LEVESQUE, 2012), na Europa, Espanha (VILLALBÍ, 2003) e nos países Asiáticos como a China (WONG, 2010), Coreia (LEE, 2009) e Tailândia (PONGPIRUL, 2008).

Em estudo de comparação entre a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), um instrumento de autoavaliação da qualidade da gestão, das coordenações e das equipes de Saúde da Família, e o PCATool, Stein (2013) concluiu que os instrumentos geram padrões divergentes de qualidade e indica que o PCATool deve ser a ferramenta escolhida pelos gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da APS. A escolha pelo PCATool se justifica pelo fato do instrumento ser capaz de gerar escores para cada um dos atributos da APS. Os resultados da aplicação da versão profissional de saúde contribuirão tanto no sentido de reorganização do serviço quanto no fortalecimento das políticas públicas de expansão e consolidação da ESF.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde segundo Donabedian (1977) parte de três eixos de avaliação da qualidade desses serviços que são: avaliação da estrutura, que demanda necessariamente a investigação sobre os recursos físicos, organizacionais e técnicos; avaliação do processo, que implica a análise dos procedimentos entre servidor e consumidor (não necessariamente a relação médico-paciente, embora muitas vezes seja esta a atividade central do processo); e avaliação de resultado, que discrimina a situação final de saúde (individual ou coletiva) como resultante da complexa interação entre servidor e consumidor das ações de saúde.

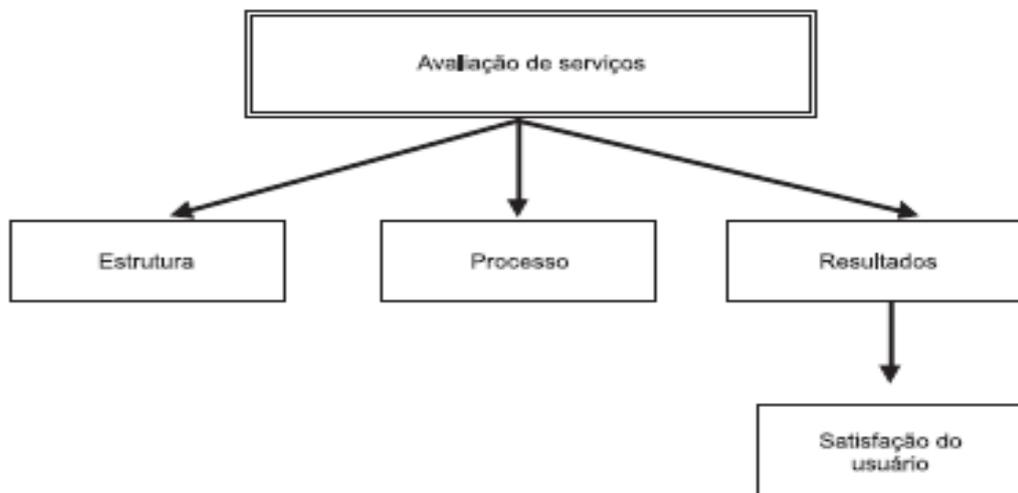


Figura 1. Fluxograma para exemplificar os seguimentos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde

Fonte: Donabedian, 2005

Em outro modelo, Donabedian (2005) ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de sete pilares da qualidade:

Eficácia – capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

Efetividade – melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Eficiência – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

Otimização – torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis perdem a razão de ser.

Aceitabilidade – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

Legitimidade – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

Equidade – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Segundo o Manual de Utilização do PCATool o instrumento produz escores dos

atributos essenciais e derivados e um escore geral sobre a qualidade do processo de atenção em APS. O PCATool é capaz de avaliar a qualidade da atenção primária oferecida, a partir da mensuração da extensão dos atributos da APS e representa uma oportunidade de avaliação comparativa do grau de êxito dos serviços em alcançar excelência na prática de APS (BRASIL, 2010). Pode se dizer também que a avaliação é utilizada como forma de racionalizar a gestão e no caso deste estudo, a qualidade será demonstrada se os atributos da APS estiverem presentes (FEITOSA et al., 2016).

Os serviços de APS organizados com base em seus atributos proporcionam melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, utilização mais frequente de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades de acesso aos serviços de saúde e de estado geral de saúde (OPAS, 2011). Diante do exposto e da adoção no Brasil e em Porto Velho da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção, a qual vem passando por significativa expansão, evidencia-se a necessidade de se analisar, mediante à saúde infantil, a orientação dos serviços de atenção básica à atenção primária à saúde.

CAPÍTULO III

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento da presente pesquisa foi do tipo transversal, avaliativo, de abordagem quantitativa. Nos estudos transversais não há um seguimento de medições, essas são feitas em momento único e são úteis para descrever variáveis e como se distribuem (HULLEY et al., 2015). Desta forma, a abordagem quantitativa descreve as características de determinada realidade com a utilização de variáveis e como se distribuem em um determinado momento (LAKATOS, 2011).

3.2 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário do presente estudo foi constituído por USF localizadas na zona urbana do município de Porto Velho-RO, distribuídas nas áreas geográficas sanitárias: norte, sul e leste.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e dever cumprir um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (PNAB, 2017).

A Atenção Básica de Saúde/Unidade Básica de Porto Velho, conta atualmente com 38 Unidades de Saúde, sendo destas, 17 na zona Urbana e 19 na zona Rural, distribuídas nas seguintes zonas geográficas Sanitárias: Zona Central, Zona Sul, Zona Leste, Zona Norte e Zona Rural (fluvial e terrestre). Além desta estrutura, o município conta com 01 Unidade Móvel Fluvial (Unidade de Saúde Dr. Floriano Riva Filho) para dar apoio às ações de promoção e prevenção à saúde na área ribeirinha. Em 2018, a zona urbana do município de Porto Velho-RO contava com 17 USF, assim distribuídas: 07 na zona sul, 07 na zona leste e 03 na zona norte (PORTO VELHO, 2018) (Figura 2).

Para atender um público que não pode frequentar o serviço ambulatorial em horário comercial, a SEMUSA oferece atendimento de Atenção Básica (consultas médicas, de Enfermagem e Odontologia, além de vacinas, agendamento para serviços de especialidades, etc), em horário noturno (das 19 às 23h), chamado de Ambulatório Noturno, que funcionam em duas Unidades de Saúde tradicionais (PORTO VELHO, 2018).



Figura 2. Distribuição das USF em Porto Velho-RO, de acordo com as regiões do município.

A Gestão da SEMUSA adota, com base na análise do perfil epidemiológico dos últimos cinco anos, a necessidade de priorizar o fortalecimento da atenção básica como estratégia da gestão municipal, com preferência nas linhas materno-infantil e doenças crônicas (com foco na Hipertensão arterial e no Diabetes mellitus), além do fortalecimento da rede para o enfrentamento da violência, por se apresentarem epidemiologicamente, como as principais causas de morbimortalidade no município (PORTO VELHO, 2018).

Na figura abaixo, evidencia a organização que o município de Porto Velho tenta garantir no plano municipal de saúde para a melhoria da qualidade da atenção materno infantil na APS.



Fonte: Plano municipal de saúde de Porto Velho 2018 – 2021.

Figura 3 - Mapa estratégico da saúde com os objetivos da gestão para mostrar os resultados esperados para a sociedade do município de Porto Velho, após o cumprimento de metas estabelecidas para os próximos quatro anos: 1. Reduzir a mortalidade materno – infantil; 2. Reduzir a mortalidade por causas externas e 3. Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas com enfoque no risco cardiovascular global. Porto Velho, 2018.

De acordo com o Portal do Ministério da Saúde, mês de competência, dezembro de 2020, o município de Porto Velho conta com 81 equipes de saúde da família (eqSF) com cobertura populacional estimada de eqSF estimada de 52,77% e com cobertura populacional estimada da atenção básica de 65,33% (SAPS, 2021).

3.2.1 Caracterizando o município de Porto Velho

O município de Porto Velho foi criado em 1907, durante a construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré. Fica nas barrancas da margem direita do Rio Madeira, o maior afluente da margem direita do Rio Amazonas. Elevado à categoria de vila e município com a denominação de Porto Velho, pela Lei Estadual n.º 757, de 02/10/1914, foi desmembrado da vila de Humaitá, sede na povoação de Porto Velho.

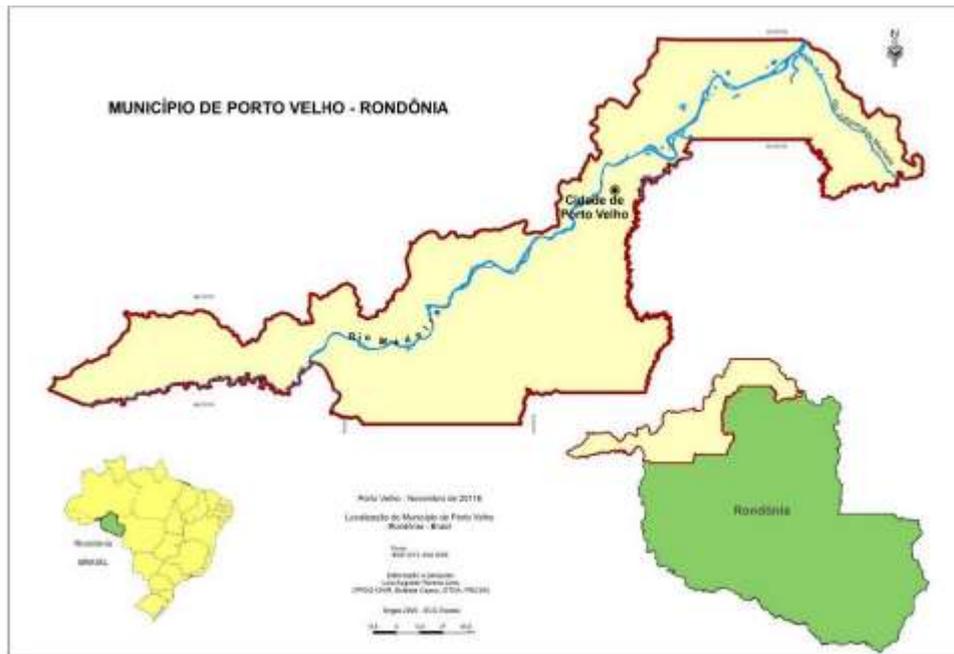
Possui extensão territorial de 34.096,388 km², população estimada em 2021 de 548.952 habitantes e densidade demográfica de 12,57 hab/km². Faz fronteira com os estados do Acre, Amazonas e Mato Grosso e com a Bolívia. Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de 12 distritos: Porto Velho, Abunã, Calama, Demarcação, Extrema, Fortaleza do Abunã, Jaci-Paraná, Mutum Paraná, Nazaré, Nova Califórnia, São Carlos e Vista Alegre do Abunã. A Lei Complementar n.º 41, de 22/12/1981, elevou o Território de Rondônia a categoria de Estado, conservando o município de Porto Velho como capital. Sua economia gira em torno do funcionalismo público (IBGE, 2021).

Na zona rural residem 36.051 pessoas e na zona urbana 392.474. A maior parte da população masculina está na faixa etária de 0 a 59 anos (205.809) e a feminina está, assim como a masculina, na faixa etária de 0 a 59 anos (198.345). Chama a atenção o exacerbado processo de urbanização, quando em 1970 a população urbana era de 56,98% e em 2010 passa para 91,67%, esse processo deu devido a instalação de duas hidroelétricas na região, Santo Antônio e Jirau. O município está dividido geograficamente em quatro zonas: Sul, Norte, Leste e Oeste (SEMUSA, 2012).

Os dados populacionais mostram que o município acompanha as tendências de transição demográfica nacional, quando confirma uma redução de 18,16% da taxa de natalidade (TN) entre os anos de 2000 (23,60%) e 2010 (19,31%). Em relação à taxa de fecundidade (TF), houve uma redução 21,46% entre 2000 (84,64%) e 2010 (66,45%) (SEMUSA, 2012).

Vale destacar também, o aumento da expectativa de vida ao nascer no estado de Rondônia, que no ano 2000 era de 71,8 anos, passando para 75 em 2010, apresentando um

aumento de 4.45 anos no período, segundo estimativa do IBGE. Entre 2000 e 2010, observou-se aumento substancial na população masculina da faixa etária produtiva, o que provavelmente se explica pelos sucessivos movimentos migratórios observados no município, principalmente nos últimos quatro anos, período da construção das Usinas Hidrelétricas do Rio Madeira (SEMUSA, 2012).



FONTE: PORTO VELHO, 2018.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,73 e o PIB per capita (2012) R\$ 22.081,33 reais, em 2010. Dados de 2012 do IBGE revelam que morreram 627 homens e 436 mulheres, sendo os problemas respiratórios, os que mais mataram. Quanto à escolaridade, de um total de 109.894 alunos matriculados em Porto Velho, 10.867 estavam na pré-escola, 82.969 no ensino fundamental e 16.058 no ensino médio. Porto Velho tem 363.892 pessoas alfabetizadas (IBGE, 2014). Quanto à formação de nível superior no município existem oito Instituições de Ensino e mais especificamente cinco que possuem o curso de Enfermagem, incluindo a UNIR, que forma enfermeiros há 30 anos no estado.

O município tem gestão plena na assistência à saúde e em sua rede de assistência é essencialmente primária e secundária. Possui 17 USF na zona urbana (Figura 2), uma Maternidade, um Centro Municipal de Especialidades Médicas, um Centro de Referência de Saúde da Mulher, um Centro de Referência para Saúde da Criança, Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

Por ser a capital, Porto Velho agrega os principais serviços de alta complexidade do estado, a saber: Hospital e Pronto-Socorro Infantil Cosme e Damião (HICD), Hospital de Base (hospital geral com ortopedia, cirurgias, UTI adulto e neonatal, psiquiatria e referência para as gestantes de alto risco), Pronto Socorro Estadual João Paulo II, Policlínica Osvaldo Cruz, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON), Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), um Centro de Reabilitação e a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia (FHEMERON). Conta também, com um centro de referência para a saúde da criança e um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) (PORTO VELHO, 2012; 2018). Mais recentemente foi iniciado o Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar Infantil – SAMDI, que tenta desospitalizar as crianças, principalmente as que possuem alguma morbidade crônica, para serem assistidas em casa.

Porto Velho encontra-se na região de saúde Madeira Mamoré, composta também pelos municípios de Candeias do Jamari, Itapuã do Oeste, Nova Mamoré e Guajará Mirim, a região possui uma população estimada em 631.354 habitantes, segundo estimativas do IBGE para 2017 e extensão territorial de 79.499.206 km². A rede de Saúde de Porto Velho está dividida em Atenção Básica, Assistência de Média e Alta complexidade e Vigilância à Saúde. São mais de 102 tipos de estabelecimentos em toda a rede física distribuídas por toda a cidade. A cidade de Porto Velho é município sede da Região Madeira Mamoré e oferece serviço de especialidades, apoio diagnóstico e assistência farmacêutica aos municípios desta região que geograficamente são mais próximos da capital como Candeias e Itapuã do Oeste (PORTO VELHO, 2018).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelos 58 médicos e 58 enfermeiros que estavam atuando nas EqSF das unidades de saúde da zona urbana de Porto Velho, as quais são responsáveis pelas 4.042 crianças menores de dois anos cadastradas em tais unidades, de acordo com os dados do DATASUS de 2017.

Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula para determinação do tamanho de amostra para população finita, considerando o intervalo de confiança de 90% e uma margem de erro de 8%:

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

Assim, foi calculada uma amostra de 56 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e 104 responsáveis por crianças menores de dois anos.

Os critérios de inclusão para enfermeiros e médicos foram: estar atuando há pelo menos um ano na ESF e exercendo a prática assistencial com as crianças menores de dois anos. Foram excluídos aqueles profissionais que estavam de férias, licenças e/ ou afastamento, bem como aqueles que declararam estar exercendo funções gerenciais, durante o período de coleta de dados.

Os critérios de inclusão dos responsáveis foram: serem maiores de 18 anos, residir na região urbana de abrangência das unidades, ser familiar ou cuidador da criança menor de dois anos que compareceu na unidade para atendimento no período da coleta de dados. Foram excluídos os familiares/cuidadores que não tiveram condições de responder ao instrumento de pesquisa devido a problemas de saúde mental e/ ou outras deficiências.

Após o cálculo amostral, a seleção dos participantes deu-se por conveniência na ocasião da coleta de dados. O total de participantes que fez parte do estudo foram: 36 profissionais, sendo 20 enfermeiros e 16 médicos e 104 familiares cuidadores de crianças menores de dois anos.

O quantitativo de profissionais por área geográfica foi de: 15 na zona sul, 13 na zona leste e 08 na zona norte. E o quantitativo de familiares cuidadores entrevistados foi de: 59 usuários da área geográfica sanitária sul, 38 usuários da área leste e 07 usuários da área norte do município.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi enviada uma carta à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho com o objetivo de obter anuência para realizar a pesquisa nas unidades de saúde da família da zona urbana do município (ANEXO A). Para ajudar a construir o corpus documental da pesquisa, foi realizada uma busca de informações junto à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho para conhecer o número de profissionais envolvidos na assistência à criança de zero a dois anos, as unidades disponíveis para esta assistência e as normas de funcionamento destas unidades.

A coleta de dados deu-se no período de janeiro a fevereiro de 2020, após liberação por parte de gestão municipal de saúde de Porto Velho, submissão do projeto à Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho/RO.

Após as devidas aprovações, foi realizada uma visita prévia às unidades para conhecer a rotina das mesmas. Em seguida, os objetivos do estudo foram apresentados para os profissionais e responsáveis de crianças menores de dois anos que, ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A entrevista para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados ocorreu em um local reservado na própria unidade, de acordo com a disponibilidade dos participantes e começava com o instrumento para verificar o perfil tanto dos profissionais quanto dos responsáveis (APÊNDICE B e C).

A perda amostral deu-se devido a recusa (17) e afastamento da unidade por problema de saúde (3). Durante o contato com tais profissionais, as principais dificuldades percebidas foram: a não valorização do trabalho de pesquisa, muitos não achavam importante participar; a falta de disponibilidade de tempo para participar e o tamanho do questionário, que na opinião desses profissionais era muito extenso.

Durante o processo de coleta de dados com os responsáveis, apesar de ter sido possível entrevistar a amostra esperada (104), percebeu-se um baixo fluxo de cuidadores de crianças de zero a dois anos nas unidades, sendo que a maioria tinha procurado a unidade para a vacinação da criança.

3.4.1 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Para a coleta dos dados a pesquisadora contou com quatro auxiliares de pesquisa, selecionados entre os alunos de graduação em Enfermagem da UNIR que já tinham cursado o primeiro ano. Estes participaram de um treinamento prévio para conhecerem e se familiarizaram com o objetivo do estudo, instrumento de coleta de dados e aspectos éticos.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados: um questionário aplicado aos profissionais e outro aos responsáveis de crianças menores de dois anos.

Na entrevista com os médicos e enfermeiros inicialmente foram coletadas informações sobre o perfil sociodemográfico e ocupacional dos mesmos (idade, sexo, escolaridade, tempo de formação, área de especialização, tempo e tipo de vínculo empregatício, número de vínculos empregatícios e tempo de atuação na ESF e qualificação profissional).

Posteriormente, a fim de avaliar a qualidade de serviços de saúde, foi aplicado o PCATool, versão profissional (Anexo C) e criança (Anexo D), desenvolvido por Bárbara Starfield (2002) e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006).

O PCATool Brasil é composto por 87 perguntas, organizadas em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, sendo oito atributos essenciais e dois derivados (SHI e STARFIELD, 2001).

As oito dimensões (atributos) são organizadas em blocos de perguntas (Bloco A até Bloco H), sendo que os Blocos B (Acesso) e F (Sistemas de Informação) apresentam três perguntas e o maior número de perguntas pertence ao Bloco G (Integralidade) – 22 perguntas. As perguntas possuem respostas apresentadas em escala ordinal do tipo Likert, com as seguintes opções: “com certeza não”, “provavelmente não”, “provavelmente sim”, “com certeza sim” e “não sei/não lembro”.

As respostas na escala Likert recebem os seguintes valores: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). As respostas marcadas com “não sei/não lembro” são consideradas como “provavelmente não”.

O instrumento foi validado/adaptado à realidade brasileira, submetido à tradução, tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo/constructo e de confiabilidade. Os resultados mostraram-se satisfatórios em avaliar sete atributos da APS e justificam sua utilização em outros estudos (HARZHEIM et al., 2006).

A versão profissional é dividida de acordo com os atributos da APS: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A), constituído por 9 itens (A1 a A9); Longitudinalidade (B), constituída por 13 itens (B1 a B13); Coordenação – Integração de Cuidados (C), constituído por seis itens (C1 a C6); Coordenação – Sistema de Informações (D), constituído por três itens (D1, D2 e D3); Integralidade – Serviços Disponíveis (E), constituído por 22 itens (E1 a E22); Integralidade – Serviços Prestados (F), constituído por 15 itens (F1 a F15); Orientação Familiar (G), constituído por 3 itens (G1, G2 e G3) e Orientação Comunitária (H), constituído por seis itens (H1, H2, H3, H4, H5).

A aplicação e consolidação dos resultados permitem a construção de escores em cada dimensão e subdimensão. Cada atributo essencial contém duas subdimensões, a primeira

expressa questões de estrutura e a outras questões de processo relacionadas ao serviço de saúde avaliado. As perguntas e escalas do PCATool são iguais para que cada pessoa entrevistada seja comparada em diferentes unidades, programas e níveis (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Na entrevista com os responsáveis pelas crianças menores de dois anos, inicialmente foram coletados dados referente à caracterização sociodemográfica dos participantes (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, classe econômica, número de filhos). Em seguida foi aplicado o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) – versão criança.

A versão Criança do PCATool é composta por duas partes. A primeira: objetiva identificar o profissional/serviço onde a criança menor de dois anos de idade é/foi atendida e o grau de afiliação a este serviço. A segunda: são os atributos da APS a serem avaliados com 33 questões distribuídas em: Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C); Longitudinalidade (D); Integralidade – Serviços Disponíveis (G); Integralidade – Serviços Prestados (H).

As respostas para cada item do PCATool Brasil Criança são: “com certeza sim” (valor=4); “provavelmente sim” (valor=3); “provavelmente não” (valor=2); “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Os escores para cada atributo/componente são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem (BRASIL, 2010a).

3.5.1 Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0, mediante análise estatística descritiva e desvio padrão.

Os escores para cada um dos atributos da APS ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente, de acordo com os valores das respostas dadas em cada um dos itens, ou seja: “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) (BRASIL, 2010c).

Após a coleta de dados, foi feita a inversão dos valores, na qual o item A9 para a versão profissionais de saúde e os itens C2, C4, C5 e D10 para a versão das crianças foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item deve ter seus valores de escores invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4). Posteriormente, foi realizado a Soma de Respostas em branco, considerando a exclusão do componente quando este atinge 50% ou mais do total de

itens deste, caso seja inferior a 50% foi transformado o valor “9” para “2” (“provavelmente não”); e a soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Na Inversão dos Valores, o item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item deve ter seus valores de escores invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

Já no 2º passo, em relação à soma das respostas em branco: se para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), não deve ser calculado o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, deve ser transformado o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Ainda no segundo passo, em relação à soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio, deve seguir os seguintes passos: o item Acessibilidade (A) deve ser calculado com a soma de A1 a A9 e essa soma dividido por 9; Longitudinalidade (B) deve ser calculado com a soma de B1 a B13 e essa soma dividido por 13; Coordenação - Integração de Cuidados (C) deve ser calculado com a soma de C1 a C6 e essa soma dividido por 6; Coordenação - Sistema de Informações (D) deve ser calculado com a soma de D1 a D3 e essa soma dividido por 3; Serviços Disponíveis (E) deve ser calculado com a soma de E1 a E22 e essa soma dividido por 22; Serviços Prestados (F) deve ser calculado com a soma de F1 a F15 e essa soma dividido por 15, caso o profissional atenda todas as faixas etárias, caso o profissional atenda somente crianças, deve ser calculado a soma de (F1 + F2 + F3 + F14 + F15) e essa soma dividir por 5, caso atenda somente adultos (> 18 anos) deve ser calculado a soma de F1 a F13 e essa soma dividir por 13; Orientação Familiar (G) deve ser calculado com a soma de G1 a G3 e essa soma dividido por 3; e Orientação Comunitária (H) deve ser calculado com a soma de H1 a H6 e essa soma dividido por 6.

Para realizar a transformação dos Escores em escala de 0 a 10, foi utilizado a fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

Ou Seja:

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

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais divididos pelo número de componentes. Segundo Starfield (2001) e Starfield, Shi e Macinko (2005), os quatro atributos essenciais dos serviços de Atenção Primária à Saúde são: Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; Longitudinalidade; Integralidade; e Coordenação da atenção. Sendo assim, a soma dos componentes dos atributos essenciais será $(A + B + C + D + E + F)$ dividido pelo número de componentes (6). Para cada entrevistado, caso não seja possível calcular o escore em 3 ou mais componentes essenciais, não será calculado o Escore Essencial da APS para este entrevistado, o escore deste componente para este entrevistado ficará em branco no banco de dados, conforme explicado acima. Caso não seja possível calcular o escore em 2 ou menos dos componentes essenciais, será feita a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e aos atributos derivados divididos pelo número total de componentes. Ou seja, a soma dos componentes essenciais $(A + B + C + D + E + F)$ mais a soma dos componentes derivados $(G + H)$, divididos pelo número total de componentes (=8). Para cada entrevistado, caso não seja possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais, não será calculado o Escore Essencial da APS para este entrevistado, o escore deste componente para este ficará em branco no banco de dados, conforme explicado acima. Caso não seja possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais. Posteriormente, foi realizada a categorização em forte orientação para a APS quando o escore médio foi $\geq 6,6$ e baixa orientação quando $< 6,6$ (BRASIL, 2010).

O grau de afiliação reflete o quanto o familiar/cuidador se sente “pertencente” ao serviço, formado por três perguntas: se há um serviço de saúde procurado quando há necessidade, se há um serviço que conhece melhor o usuário e se há um serviço tido como o responsável pelo seu atendimento. A pontuação depende da concordância nas três respostas acima.

Após a coleta de dados com os cuidadores, foi feita análise mediante dois passos, segundo o Cálculo dos Escores – PCATool versão Criança: 1º Passo. Inversão dos Valores - os itens C2, C4, C5 e D10 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

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

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

Em relação à soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio, deve seguir os seguintes passos:

Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

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

3

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes. Soma-se os Componentes dos Atributos / número de componentes e divide por oito (A + B + C + D + E + F + G + H) / 8.

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

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

Já para o cálculo do escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) somado aos atributos derivados divididos pelo número total de componentes. Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados / número total de componentes. (A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10.

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

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

Considerando que a avaliação tem foco nas USF, a pontuação foi 4 quando as três respostas forem a USF, 3 quando a UBS for a resposta a duas questões, 2 quando for a resposta a uma questão e 1 quando não for a resposta a nenhuma das três questões.

Para cada uma das dimensões analisadas, comparar-se-á a proporção do grau de orientação à APS (baixa / forte) em relação a cada variável estudada, utilizando-se os testes qui-quadrado de Pearson's e o teste exato de Fisher, sendo adotado como nível de significância $p < 0,05$.

Os dados também foram analisados, tendo como parâmetros os documentos que estabelecem as políticas e normas de atenção à criança, publicados pelo Ministério da Saúde.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Porto Velho-RO para a anuência e autorização da pesquisa (ANEXO A). Logo após, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/EEAN/HESFA/UFRJ), atendendo aos requisitos necessários exigidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde (CNS/MS), que orienta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado sob o parecer número 2.764.901 e CAAE: 89898918.6.0000.5238 (ANEXO B).

Os participantes da pesquisa (profissionais e cuidadores das crianças menores de dois anos) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo assegurados os princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

A anuência dos participantes da pesquisa foi livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. Os participantes foram designados por números visando preservar o anonimato, sigilo e a identificação das pessoas estudadas.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos mediante a seguinte apresentação: características socioeconômicas e ocupacionais dos médicos e enfermeiros, valor médio dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva desses profissionais, características socioeconômicas dos responsáveis das crianças menores de dois anos e valor médio dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos cuidadores.

Os dados foram analisados mediante testes estatísticos com a finalidade de avaliar a efetividade do cuidado à saúde da criança por meio da incorporação dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais e familiares/cuidadores das crianças menores de dois anos de idade.

É necessário que se conheça o perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores do SUS para melhor compreender as problemáticas de recursos humanos e o perfil dos profissionais que prestam o cuidado cotidiano aos usuários do sistema de saúde.

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e ocupacionais dos trabalhadores (médicos e enfermeiros) que atuam na estratégia saúde da família. O perfil dos profissionais entrevistados é constituído pela maioria com faixa etária até 40 anos (60%), sexo feminino (85,7%), natural de Rondônia (60%), enfermeiro (55,6%), com especialização (47,2%), em Saúde da Família (74,3%), superior a quatro anos atuando em Saúde da Família (80,5%) e na mesma unidade (50,2%).

Ingressaram no serviço através de concurso público (91,7%), regime estatutário (91,4%), com até 30 horas semanais (58,3%), sem incentivo para a formação em ESF pelo município (74,3%), renda de 1 a 3 salários mínimos (68,4%) e com outro vínculo empregatício (94,4%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas e ocupacionais dos enfermeiros e médicos entrevistados nas USF da zona urbana do município de Porto Velho, Rondônia, 2019-2020. (n = 36).

Características	n	%
Faixa etária (anos)*		
19 a 40	21	60,0
41 a 59	14	40,0
Sexo		
Feminino	30	85,7
Masculino	05	14,3
Naturalidade		
Rondônia	21	60,0
Outra	14	40,0
Município		
Porto Velho	33	97,1
Outro	01	2,9
Categoria Profissional		
Enfermeiro	20	55,6
Médico	16	44,4
Nível de Instrução		
Superior	07	19,4
Especialização completa	17	47,2
Residência completa	09	25,0
Mestrado	03	8,3
Pós-graduação em Saúde da Família		
Sim	26	74,3
Não	09	25,7
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (em anos)		
< 1	02	5,6
1 a 3	05	13,9
4 a 5	16	44,4
>5	13	36,1
Tempo de atuação na unidade de Saúde da Família atual (em anos)		
< 1	06	16,7

1 a 3	13	36,1
4 a 5	12	33,3
> 5	05	13,9
Forma de ingresso no emprego		
Concurso público	33	91,7
Processo seletivo	02	5,9
Outro	01	2,8
Regime de trabalho		
Estatutário	32	91,4
Empregado público	01	2,9
Contrato temporário	02	5,7
Carga Horária Semanal (horas)		
≤ 30	21	58,3
31 – 40	14	38,9
41 ou mais	01	2,8
Incentivo Oferecido pelo Município à formação em ESF		
Sim	09	25,7
Não	26	74,3
Renda per capita (em salários mínimos)		
1 a 3	13	68,4
4 a 6	02	10,5
7 a 10	03	15,8
11 ou mais	01	5,3
Outro vínculo empregatício		
Sim	34	94,4
Não	2	5,6

*Faixa etária definida segundo divisão de grupos de idade pelo Ministério da Saúde.

Os resultados mostraram que com relação ao perfil dos profissionais a maioria apresentou idade inferior a 40 anos (60%), era do sexo feminino (85,7%), possuía curso de Pós-graduação na área da Saúde da Família (74,3%), tempo de atuação em Saúde da Família superior a 4 anos (80,5%), ingressou no serviço através de concurso público (91,7%) e possui outro vínculo empregatício (94,4%).

Tais achados são semelhantes aos resultados do estudo de Costa et al. (2013) sobre o perfil do profissional de nível superior nas equipes da ESF em Montes Claros-MG, em que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino e possuía qualificação condizente com as exigências do trabalho junto à Estratégia da Saúde da Família. Melo et al (2019), também encontrou características parecidas em estudo realizado em um município de São Paulo, principalmente com relação ao sexo, em que maioria dos profissionais em mulheres.

Entre os entrevistados, 58,3% disseram cumprir menos de 30 horas semanais na estratégia saúde da família e 94,4% possuem outro vínculo empregatício. Em 2011, a Portaria nº 2.027 alterou a determinação da carga horária de oito horas diárias, estabelecendo diferentes configurações de jornada de trabalho para os profissionais médicos da ESF, permitindo jornadas também de 20 ou 30 horas semanais (BRASIL, 2011).

Essa mudança pode interferir na forma de atuação dos profissionais no setor público visto que o trabalho de profissionais da área da saúde em turnos favorece múltiplos vínculos empregatícios. É importante considerar que o excesso de trabalho não pode determinar riscos e prejuízo para a qualidade da assistência à saúde e para a saúde do trabalhador (COSTA, 2013).

A existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, refletindo uma relação entre a população e sua fonte de atenção deve se basear numa relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde e que requer a fixação do profissional por longo tempo da ESF (STARFIELD, 2002).

Tomando por base a maior presença de profissionais entre 19 a 40 anos atuando na ESF, estudo desenvolvido por Oliveira (2014) evidenciou realidade parecida em Goiás, onde 63% dos profissionais de nível superior da ESF participantes tinham 30 anos ou mais de idade. Em consonância com outros estudos, como o de Silva (2017), este estudo demonstra que os trabalhadores da APS são em sua maioria mais jovens.

Costa et al. (2013) justificam que a mudança curricular nos cursos de graduação na área da saúde nos últimos 14 anos pode ter favorecido o contato precoce dos acadêmicos com os serviços da rede pública.

Entre os profissionais entrevistados, 74,3% disseram não haver incentivo pelo município à formação em ESF. A formação e a qualificação dos profissionais de saúde, principalmente de nível superior na APS, estão associadas, segundo D'Avila et al. (2014), à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, uma vez que, além de compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, a APS é

considerada espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde.

A Tabela 2 mostra os escores atribuídos às dimensões da APS pelos profissionais entrevistados nas Unidades da Estratégia Saúde da Família.

Verificou-se que na percepção dos profissionais houve uma forte orientação do serviço para a APS, considerando a média do escore geral (6,65 $dp= \pm 0,99$), principalmente para a Coordenação do Sistema de Informação (7,90 $dp= \pm 1,61$), Integralidade Serviços Prestados (7,56 $dp= \pm 1,28$) e Orientação Familiar (8,33 $dp= \pm 1,7518$). Entretanto, baixa orientação no que concerne à Acessibilidade (3,15 $dp= \pm 1,15$), Longitudinalidade (6,30 $dp= \pm 1,30$), Coordenação Integração de Cuidados (6,26 $dp= \pm 1,09$), Integralidade dos Serviços Disponíveis (6,33 $dp= \pm 1,23$) e Orientação Comunitária (6,14 $dp= \pm 1,85$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos escores atribuídos aos atributos da APS pelos profissionais entrevistados nas USF da zona urbana do município de Porto Velho-RO, 2020. n=36.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Acessibilidade	3,15	1,15	1,48	5,56
Longitudinalidade	6,30	1,32	4,36	9,23
Coordenação Integração Cuidados	6,26	1,09	3,89	8,89
Coordenação sistema de Informação	7,90	1,61	3,33	10,00
Integralidade Serviços Disponíveis	6,33	1,23	4,39	9,55
Integralidade Serviços prestados	7,65	1,28	5,78	10,00
Orientação Familiar	8,33	1,75	4,44	10,00
Orientação Comunitária	6,14	1,85	1,67	9,44
Score essencial	6,36	0,91	4,94	8,78
Score geral	6,65	0,99	4,97	8,94

Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para garantir que a assistência prestada à população seja de qualidade e pode servir como parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais (ARAÚJO, 2015; ARAÚJO et al., 2014).

O PCATool apresenta-se como um questionário dividido em seções conforme o atributo avaliado, que se dividem em atributos essenciais e derivados: acesso de primeiro contato, subitens acessibilidade e utilização; longitudinalidade; coordenação, subitens integração dos cuidados e sistema de informação; e integralidade, subitens serviços disponíveis e serviços prestados (PRATES, et al., 2017).

De acordo com o instrumento PCATool os valores $\geq 6,6$ significam forte orientação para APS, enquanto que valores $< 6,6$ representam baixa orientação para APS, indicando o grau de qualidade dos cuidados ofertados pelos profissionais.

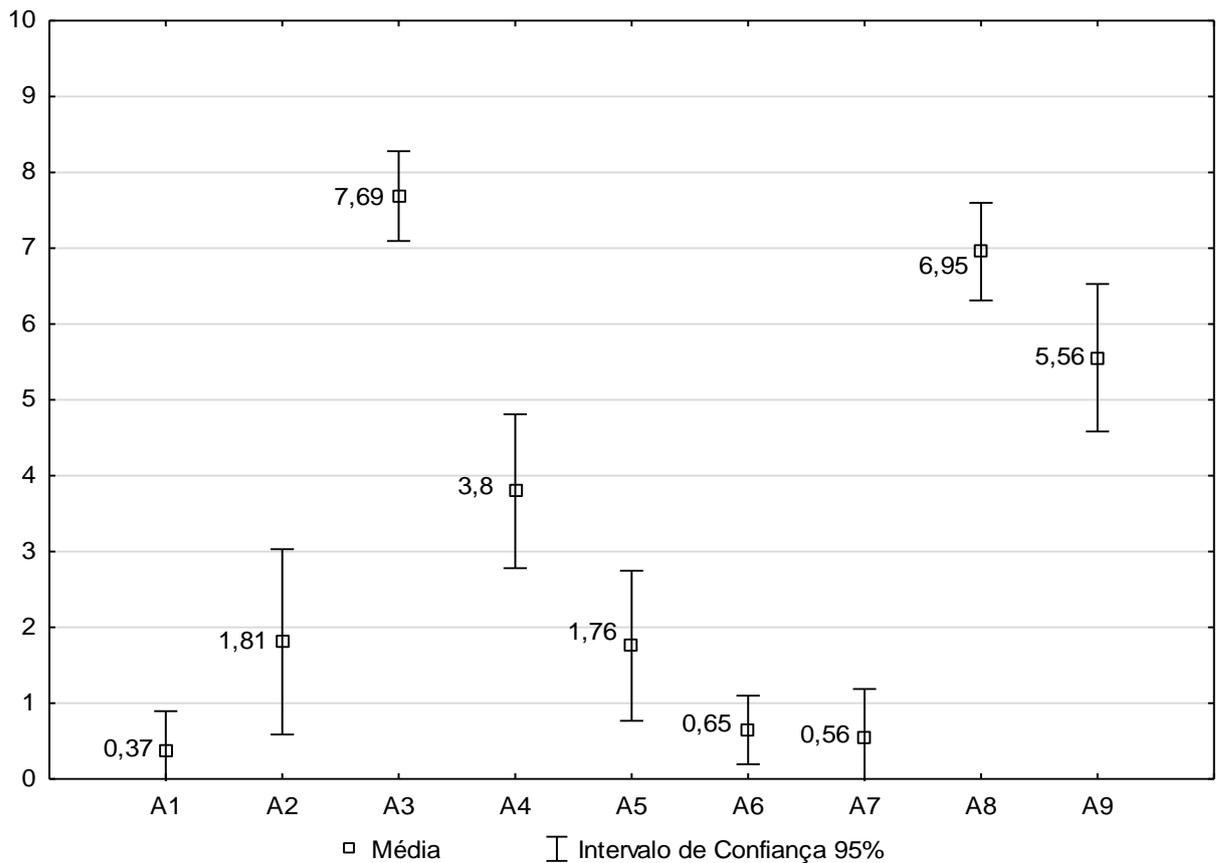
Corroborando com os achados acerca dos atributos avaliados no presente estudo pelos profissionais, Silva e Alves (2019) também evidenciaram a presença dos atributos: sistemas de informações (escore=9,0) e orientação familiar (escore=8,9), como aqueles que caracterizaram a forte orientação do serviço para a APS.

No que tange a acessibilidade, a média de 3,15 se assemelhou ao estudo realizado por Lima et al (2016), que encontraram uma média ainda menor 2,84. Cabe ressaltar que os critérios de acessibilidade avaliados pelo instrumento pontuam questões não contempladas por todo o sistema de saúde no município como o horário de atendimento até às 20 horas e nos finais de semana, fornecimento de contato telefônico de profissionais de saúde e aconselhamento por telefone.

O atributo da longitudinalidade (6,3) não alcançou o escore de qualidade na perspectiva dos profissionais. Silva e Alves (2019), também encontraram em estudo realizado com profissionais em Diamantina-MG um valor baixo para esse atributo. A longitudinalidade se refere à existência de uma conexão entre usuários e prestadores, em que ambos reconhecem o compromisso pelo cuidado, o que pressupõe uma relação intensa que expressa fidelidade e confiança (STARFIELD, 2002). A avaliação atribuída a esse atributo sugere a dificuldade na criação do vínculo entre serviço e usuários, a falta de interação com a família e com a história de vida da criança (MARQUES, 2014).

O atributo integralidade dos serviços prestados apresentou score elevado na visão dos profissionais, assim como o resultado encontrado por Masochini, Farias e Souza (2018), em que este atributo também teve uma boa avaliação.

Segue abaixo a descrição de cada atributo na visão dos profissionais. O atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade na avaliação do profissional é apresentado na Figura 4.



Legenda: A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?; A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?; A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?; A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail*) se acreditam ser necessário?; A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail*) o qual possam contatar?; A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?; A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoece durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?; A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?; A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?.

Figura 4 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais na dimensão Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (variáveis A1-A9), em Porto Velho -RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

O atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foi o componente que recebeu o escore mais baixo na avaliação dos profissionais. Dos nove itens avaliados apenas dois foram avaliados satisfatoriamente pelos profissionais, ou seja, atingiram o escore esperado que é de 6,6: Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? (7,69) e É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? (6,95) (Figura 4).

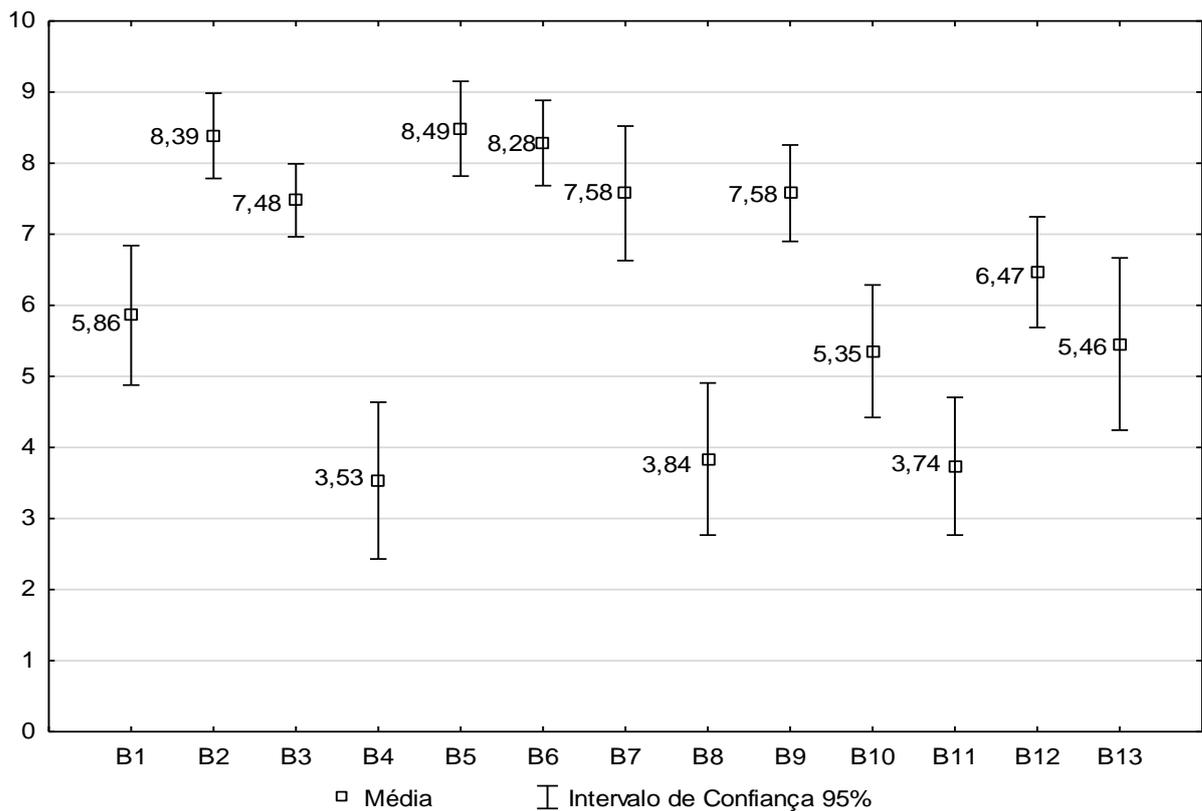
Os demais itens, a saber, não foram avaliados satisfatoriamente: o seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo? (0,37); o seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? (1,81); quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: Whatsapp, Telegram, Wechat, Skype, Hangout, e-mail) se acreditam ser necessário? (3,8); quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: Whatsapp, Telegram, Wechat, Skype, Hangout, e-mail) o qual possam contatar? (1,76); quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? (0,65); quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoece durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite? (0,56); na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? (5,56) (Figura 4).

Este atributo foi avaliado de forma negativa, pois apenas as perguntas A3 e A8 ficaram acima da média, corroborando com estudo realizado por Sousa et al (2020), na cidade do Rio de Janeiro. Os resultados mostraram ainda que as questões A1, A2, A5, A6 e A7 receberam maior percentual de resposta negativa, evidenciando que o serviço funciona poucas horas por dia, deixando a desejar no que se refere a meios telefônicos e/ou outros meios para comunicação com o profissional.

Corroborando com os achados deste estudo, Rolim et al (2019), em pesquisa realizada em Fortaleza, no ano de 2019, demonstra que o atributo Acessibilidade de primeiro contato obteve escore médio de 2,99, configurando-se também como baixo e sendo avaliado pelos profissionais de saúde como insatisfatório na ESF.

Ainda que definir acesso, bem como o que seria um alto grau de acessibilidade, seja uma tarefa difícil, um bom acesso é aquele em que o paciente consegue obter o serviço de saúde correto, no tempo e lugar correto, ou seja, aquele em que o usuário consegue o cuidado quando dele necessita (NORMAN e TESSER, 2015).

O atributo Longitudinalidade na avaliação do profissional é apresentado na Figura 5.



Legenda: B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?; B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?; B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?; B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail*) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor?; B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?; B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?; B7. Você acredita que conhece "muito bem" os pacientes do seu serviço de saúde?; B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?; B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?; B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?; B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?; B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados?; B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?.

Figura 5 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais ao atributo Longitudinalidade (variáveis B1-B13), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Dos 13 itens avaliados com relação ao atributo longitudinalidade os listados a seguir foram avaliados insatisfatoriamente pelos profissionais, ou seja, ficaram abaixo do escore esperado que é de 6,6: no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)? (5,86); se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: *Whatsapp, Telegram, Wechat, Skype, Hangout, e-mail*) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor (3,53); você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? (3,84); você conhece a história clínica (história médica) completa de cada

paciente? (5,35); você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente? (3,74); você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados? (6,47); você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando? (5,46) (Figura 5).

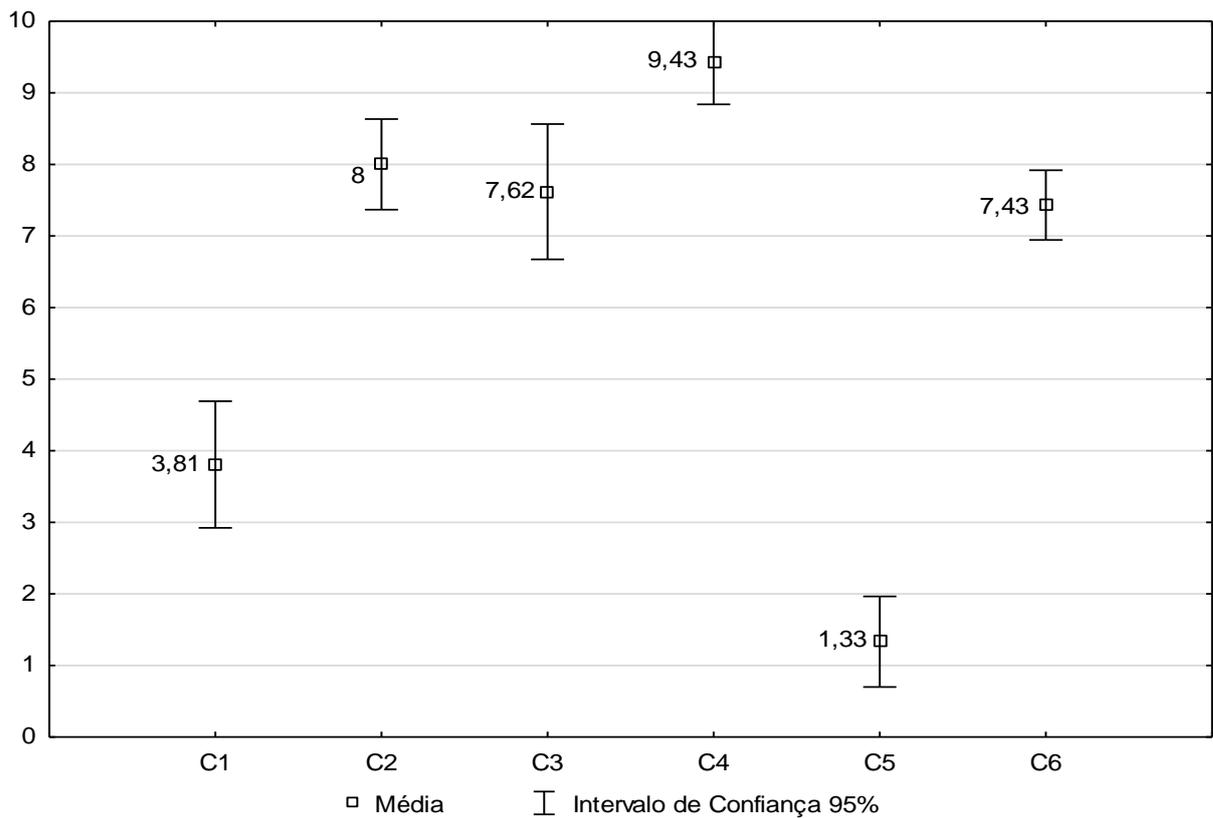
Os demais itens, a saber, não foram avaliados satisfatoriamente: você consegue entender as perguntas dos seus pacientes? (8,39); você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta? (7,48); você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas? (8,49); você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas? (8,28); você acredita que conhece "muito bem" os pacientes do seu serviço de saúde? (7,58); você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes? (7,58). (Figura 5).

Estes resultados divergem dos encontrados por Masochini, Farias e Sousa (2018) em estudo realizado em Sinop – MT, em que o atributo longitudinalidade, obteve a classificação satisfatória (6,83), apesar de obter resultados próximo do valor de corte ($\geq 6,6$).

Já em estudo realizado por Batista et al (2016), em Diamantina-BH coincide com este, em que a longitudinalidade foi avaliada insatisfatoriamente.

Esse atributo mostrou que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre o histórico de saúde e as condições socioeconômicas dos usuários e familiares cadastrados na área de abrangência da UBS. Esse resultado demonstra que existem pontos a serem melhorados, principalmente na continuidade do cuidado, na relação entre usuário e serviço de saúde, na construção de vínculo e de responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (FRANK, 2015).

O atributo Coordenação - Integração de Cuidados na avaliação do profissional é apresentado na Figura 6.



Legenda: C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?; C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?; C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?; C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?; C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?; C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?

Figura 6 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais ao atributo Coordenação-Integração de Cuidado (variáveis C1-C6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

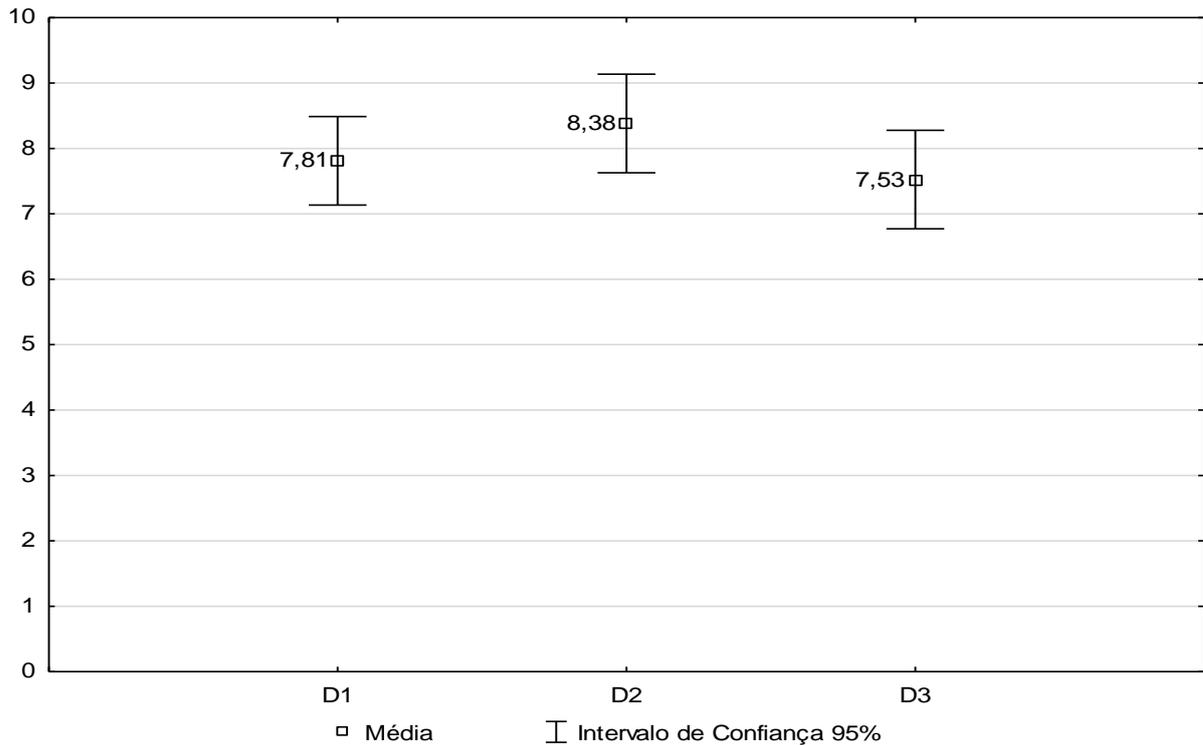
Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos? (8); alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? (7,62); quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado? (9,43); após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta? (7,43) (Figura 6).

Dos itens avaliados no atributo Coordenação-Integração de Cuidado apenas dois não foram avaliados satisfatoriamente: você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados? (3,81); você recebe do(a) especialista

ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)? (1,33). Ênfase ao item que demonstra que os profissionais não têm um retorno dos serviços especializados quando os pacientes são encaminhados (Figura 6).

Estudo realizado por Batista et al (2016), encontrou um escore satisfatório para este atributo, ficando acima do escore esperado que é $\geq 6,6$.

O atributo Coordenação - Sistema de Informações na avaliação do profissional é apresentado na Figura 7.



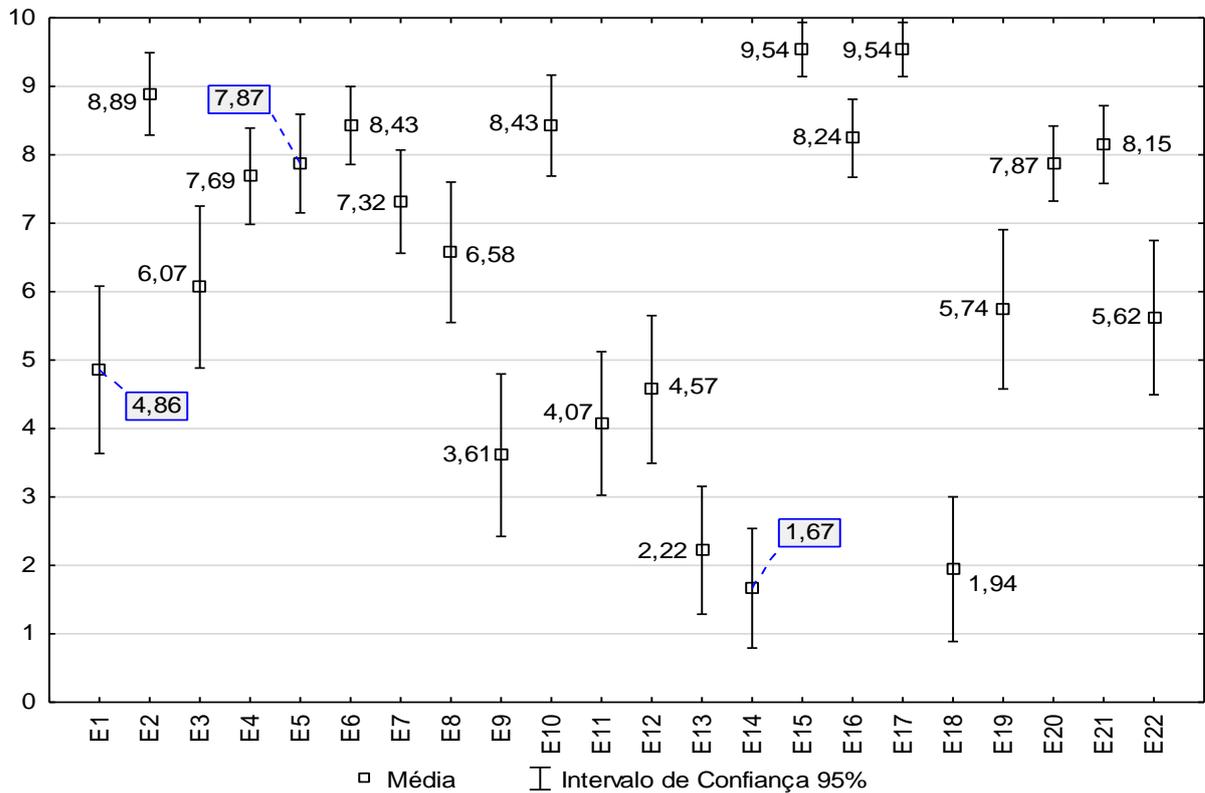
Legenda: D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?; D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?; D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende.

Figura 7 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais ao atributo Coordenação - Sistema de Informações (variáveis D1-D3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

O atributo Coordenação - Sistema de Informações foi o mais bem avaliado, todos os itens ficaram acima do escore esperado que é de 6,6: você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)? (7,81); se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles? (8,38); os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende? (7,53) (Figura 7).

Resultado semelhante foi encontrado por Gomes e Fracolli (2018), que em estudo realizado em Presidente Prudente-SP, os profissionais também avaliaram com um alto escore este atributo.

O atributo Integralidade - Serviços Disponíveis na avaliação do profissional é apresentado na Figura 8.



Legenda: E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta; E2. Vacinas (imunizações); E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais; E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário); E5. Tratamento dentário; E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais; E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir); E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão); E9. Sutura de um corte que necessite de pontos; E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV; E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar); E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar); E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido); E14. Remoção de verrugas; E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolaou); E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar); E17. Cuidados pré-natais; E18. Remoção de unha encravada; E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma); E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair); E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama); E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos).

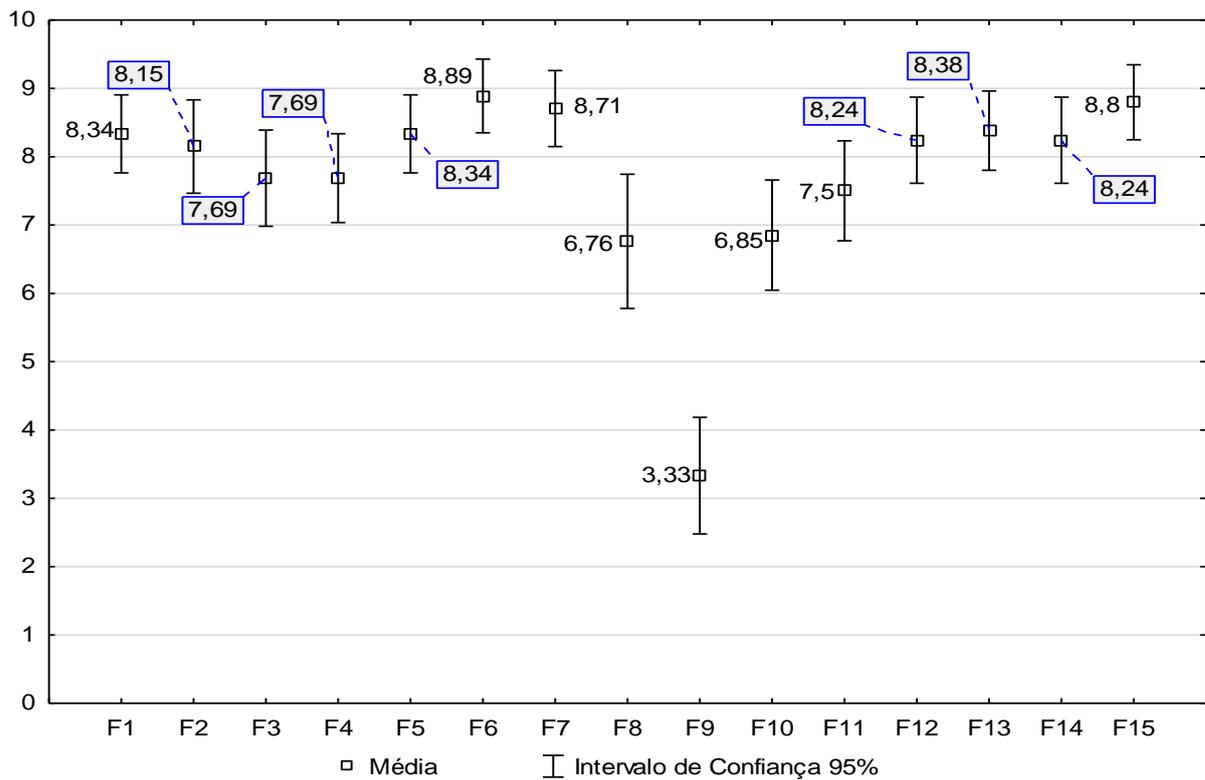
Figura 8 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais ao atributo Integralidade-Serviços Disponíveis (variáveis E1-E22), em Porto Velho - RO, no período janeiro a fevereiro de 2020.

Dos 22 itens analisados, os profissionais avaliaram de forma insatisfatória 11 dos mesmos, a saber: E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta (4,86); Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (6,07); aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão) (6,58); sutura de um corte que necessite de pontos (3,61); identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar) (4,07); identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar) (4,57); colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido) (2,22); remoção de verrugas (1,67); remoção de unha encravada (1,94); orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma) (5,74); inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos) (5,62) (Figura 8).

Os demais itens foram avaliados de forma satisfatória, ficaram acima do escore 6,6: vacinas (imunizações) (8,89); avaliação da saúde bucal (exame dentário) (7,69); tratamento dentário (7,87); planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (8,43); aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir) (7,32); aconselhamento e solicitação de teste anti-hiv (8,43); exame preventivo para câncer de colo do útero (cp, teste papanicolau) (9,54); aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar) (8,24); cuidados pré-natais (9,54); aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair) (7,87); orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama) (8,15) (Figura 8).

Gomes e Fracoli (2018) encontraram resultados diferentes, já que este atributo recebeu uma avaliação acima do escore de 6,6.

O atributo Integralidade - Serviços Prestados na avaliação do profissional é apresentado na Figura 9.



Legenda: F1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente); F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada); F3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura; F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares; F5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados; F6. Níveis de colesterol; F7. Medicções em uso; F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança; F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas; F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias); F11. Prevenção de quedas; F12. Prevenção de osteoporose em mulheres; F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa; F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças; F15 - Mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi)

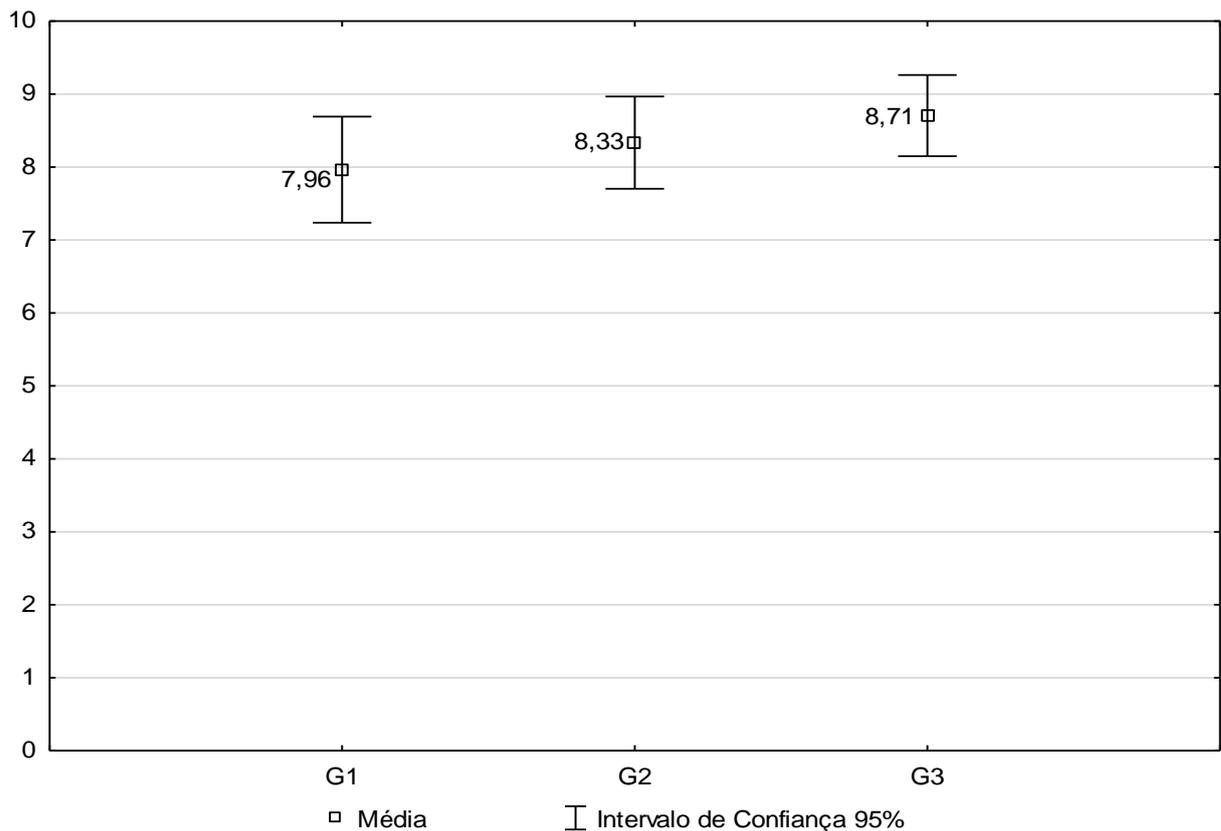
Figura 9 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais ao atributo Integralidade-Serviços Prestados (variáveis F1-F15), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Na avaliação do atributo Integralidade-Serviços Prestados apenas um item foi avaliado insatisfatoriamente, foi o item que trata sobre orientações quanto a disponibilidade, armazenagem e segurança de armas (3,33). Os demais itens foram avaliados satisfatoriamente: orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) (8,34); segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada) (8,15); orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura (7,69); maneiras de lidar com conflitos familiares (7,69); orientações sobre exercícios físicos apropriados (8,34); níveis de colesterol (8,89);

medicações em uso (8,71); possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança (6,76); prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias) (6,85); prevenção de quedas (7,5); prevenção de osteoporose em mulheres (8,24); cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa (8,38); maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças (8,24); mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi) (8,8) (Figura 9).

Estes achados coincidem com os encontrados por Batista et al (2016), que foi avaliado satisfatoriamente pelos profissionais.

O atributo Orientação Familiar na avaliação do profissional é apresentado na Figura 10.



Legenda: G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família?; G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes?; G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?

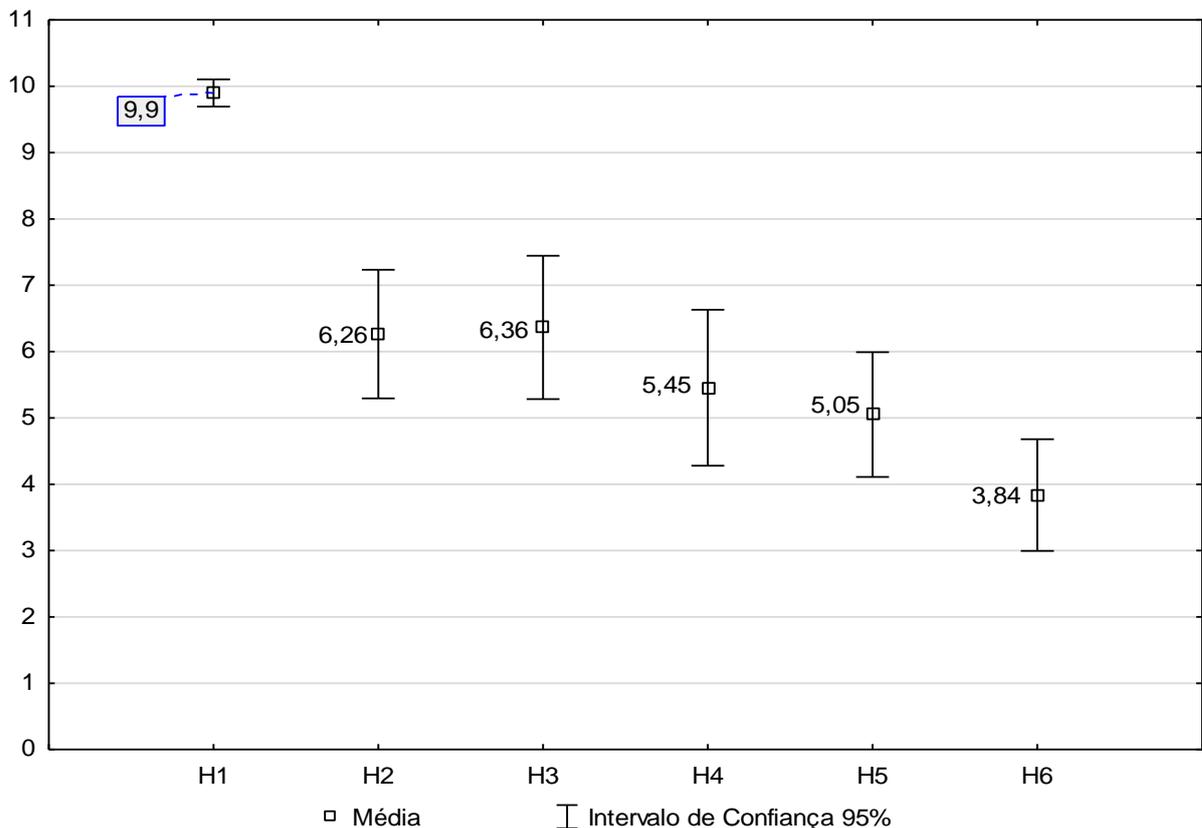
Figura 10 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais ao atributo Orientação Familiar (variáveis G1-G3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Todos os itens do atributo orientação familiar foram bem avaliados pelos profissionais: você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família? (7,96); você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes? (8,33); você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar? (8,71) (Figura 10).

Resultados satisfatórios também foram encontrados por Gomes e Fracolli (2018) em estudo realizado em Presidente Prudente - SP e por Paula et al (2017), em estudo realizado em municípios de Pernambuco. A família como foco das equipes de Saúde da Família, deve ser compreendida de forma integral em seu espaço social, uma vez que é na família que ocorrem interações e conflitos que interferem diretamente na vida das pessoas (BATISTA et al., 2016).

Compreendida como uma relação de parceria entre a família e os provedores do cuidado para a tomada de decisão em saúde, o cuidado centrado na família deve primar pela troca de informações de maneira aberta e objetiva, pelo respeito às diferenças social, cultural e linguística e pela adoção de planos de intervenções flexíveis, que melhor se adaptem às necessidades da criança e a de seus pares (KUO et al., 2012).

O atributo Orientação Comunitária na avaliação do profissional é apresentado na Figura 11.



Legenda: H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?; H2. Você crê que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?; H3. Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?; H4. Faz pesquisas com os seus pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas; H5. Faz pesquisas na sua comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer; H6. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários).

Figura 11 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais ao atributo Orientação Comunitária (variáveis H1-H6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Na avaliação do atributo orientação comunitária apenas um item foi avaliado satisfatoriamente pelos profissionais, que foi o item sobre visita domiciliar: você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? (9,9). Os demais itens ficaram abaixo do escore esperado de 6,6: você crê que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? (6,26); seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde? (6,36); faz pesquisas com os seus pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas (5,45); faz pesquisas na sua comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer (5,05); presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) (3,84) (Figura 11).

Diferente de Gomes e Fracolli (2018), em que este atributo foi avaliado satisfatoriamente pelos profissionais, neste estudo os profissionais avaliaram insatisfatoriamente este atributo em Porto Velho. O que pode demonstrar que a participação popular ainda é tímida no município.

A Tabela 3 apresenta as características socioeconômicas dos familiares cuidadores das crianças de zero a dois anos vinculados às unidades de saúde da família.

Tabela 3. Distribuição das características socioeconômicas dos familiares cuidadores das crianças menores de dois anos atendidas nas USF da zona urbana do município de Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 104).

Características	N	%
*Idade (anos)		
≤ 30	76	73,1
>30	28	26,9
Sexo		
Feminino	97	95,1

Masculino	05	4,9
Situação Conjugal		
Casado ou vive em união	80	76,9
Separado	06	5,8
Solteiro	18	17,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	23	22,1
Ensino Fundamental completo	10	9,6
Ensino Médio incompleto	12	11,5
Ensino Médio completo	39	37,5
Ensino Superior incompleto	8	7,7
Ensino Superior completo	12	4,5
Trabalha		
Sim	25	24,3
Não	78	75,7
Ocupação		
Do lar	70	68
Aposentado(a)	01	1
Emprego formal	18	17,5
Emprego informal	18	17,5
Estudante/ Estagiário	01	1
Outro	02	1,9
Renda per capita (em salários mínimos)		
0 a 0,49	58	63,7
0,5 a 1	31	34,1
1,1 a 2	2	2,2
Auxílio Social		
Não	66	64,7
Bolsa Família	32	31,4
Outro	2	2
Bolsa Família + outro	2	2

Quanto ao perfil dos familiares cuidadores das crianças menores de dois anos, a maioria possuía idade inferior a 30 anos (73,1%), era do sexo feminino (95,1%), vivia em

união estável (76,9%), possuía o ensino médio completo ou ensino superior (56,7%) e não trabalhava (75,7%) (Tabela 3).

Estes resultados foram semelhantes aos identificados no estudo de Lima et al (2015), sobre avaliação de serviços de saúde, onde a maior parte da clientela era constituída por mulheres, casadas e que possuíam ensino médio completo. Estudo realizado em Diamantina-MG por Silva (2017), também observou-se que a principal cuidadora eram as mulheres (mães).

Estudo realizado por Mendonça Filho et al. (2014), também encontrou que a maior parte dos cuidadores que frequentam a APS são mulheres (mães), com perfil socioeconômico e demográfico característico de pessoas e famílias menos favorecidas.

A amostra dos cuidadores das crianças predominantemente feminina reforça o que outros estudos também trazem que a mulher ainda é o componente familiar que mais está em contato com serviço de saúde, portanto, com maior potencial para o cuidado de si e de outros componentes da família (LEVORATO, 2014).

A partir da análise dos dados obtidos na entrevista com os responsáveis mediante o uso do PCATool versão Criança, foi possível calcular os seguintes escores médios dos atributos da APS (Tabela 4):

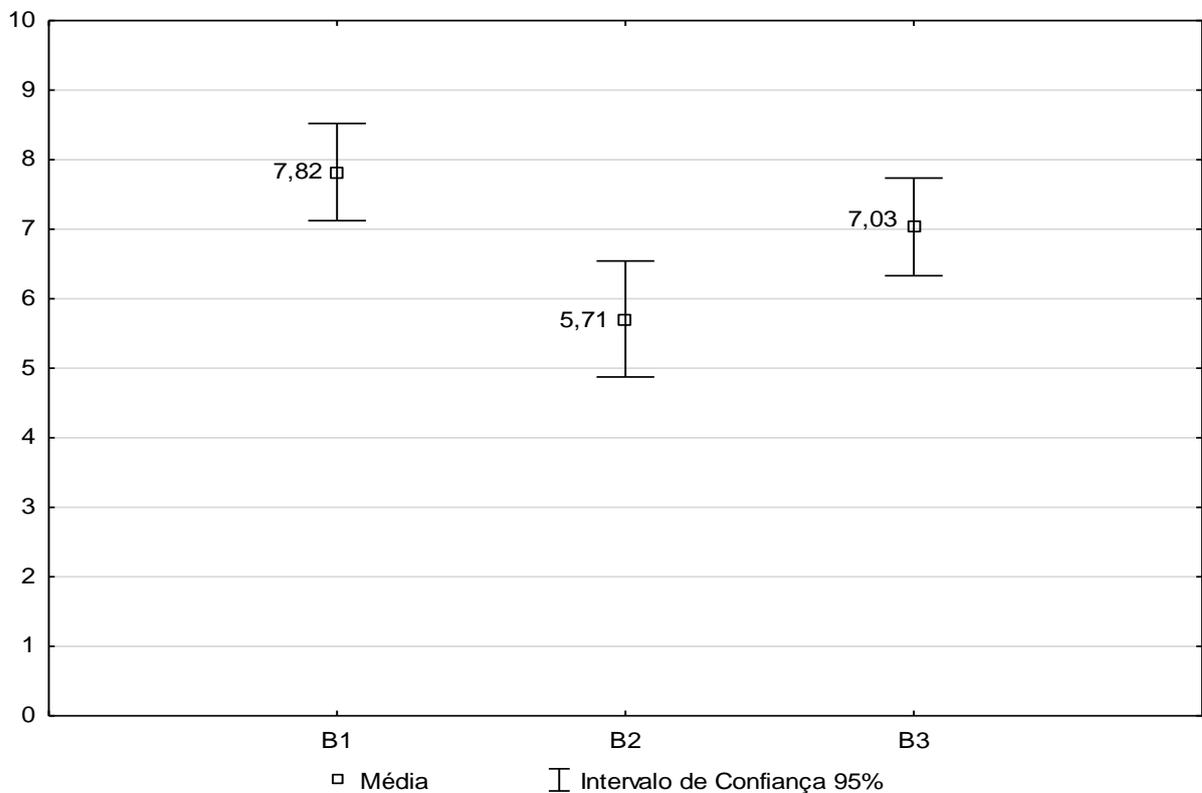
Tabela 4. Distribuição dos escores atribuídos aos atributos da APS pelos familiares cuidadores de crianças menores de dois anos entrevistados nas USF da zona urbana do município de Porto Velho-RO, 2020. n= 104.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de Afiliação	8,04	3,25	2,0	10,0
Acesso de primeiro contato –Utilização	6,86	2,71	0,0	10,0
Acesso de primeiro contato – Acessibilidade	5,16	1,47	1,11	8,33
Longitudinalidade	5,72	2,22	0,0	9,52
Coordenação - Integração dos cuidados	3,89	3,58	0,0	10,0
Coordenação - Sistema de Informação	6,80	2,06	3,33	10,0
Integralidade – Serviços Disponíveis	5,59	1,89	1,11	0,0
Integralidade - Serviços Prestados	6,74	3,12	0,0	10,0
Orientação Familiar	5,87	2,92	0,0	10,0
Orientação Comunitária	3,07	2,78	0,0	10,0
Escore essencial	6,56	1,34	4,15	8,23
Escore geral	5,97	1,23	3,74	7,67

Na avaliação do escore geral da APS atribuído por tais responsáveis, verificou-se que, de uma forma geral, houve uma baixa orientação do serviço para a APS (5,97 dp= $\pm 1,23$). Essa baixa orientação foi expressa pelos atributos: Acessibilidade (5,16 dp= $\pm 1,47$), Longitudinalidade (5,72 dp= $\pm 2,22$), Coordenação - Integração dos cuidados (3,89 dp= $\pm 3,58$), Integralidade dos serviços disponíveis (5,59 dp= $\pm 1,89$), Orientação familiar (5,87 dp= $\pm 2,92$) e Orientação Comunitária (3,07 dp= $\pm 2,78$). No entanto, foram avaliados de forma satisfatória os atributos: Grau de Afiliação (8,04 dp= $\pm 3,25$), Acesso de primeiro contato – Utilização (6,86 dp= $\pm 2,71$), Coordenação Sistema de Informação (6,80 dp= $\pm 2,06$) e Integralidade Serviços Prestados (6,74 dp= $\pm 3,12$) (Tabela 4).

O baixo valor escore Geral, na visão dos cuidadores, pode ser atribuído ao fato de que, no cálculo desse escore, são incluídos os atributos derivados, enfoque familiar e orientação comunitária, estando estes entre os atributos que receberam os menores escores na avaliação.

Segue abaixo a descrição de cada atributo na visão dos cuidadores e/ou familiar. O atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 12.



Legenda: B1. Quando a criança precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?; B2. Quando a criança tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?; B3. Quando a criança precisa consultar com um(a) especialista, o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” obrigatoriamente deve encaminhar a criança?.

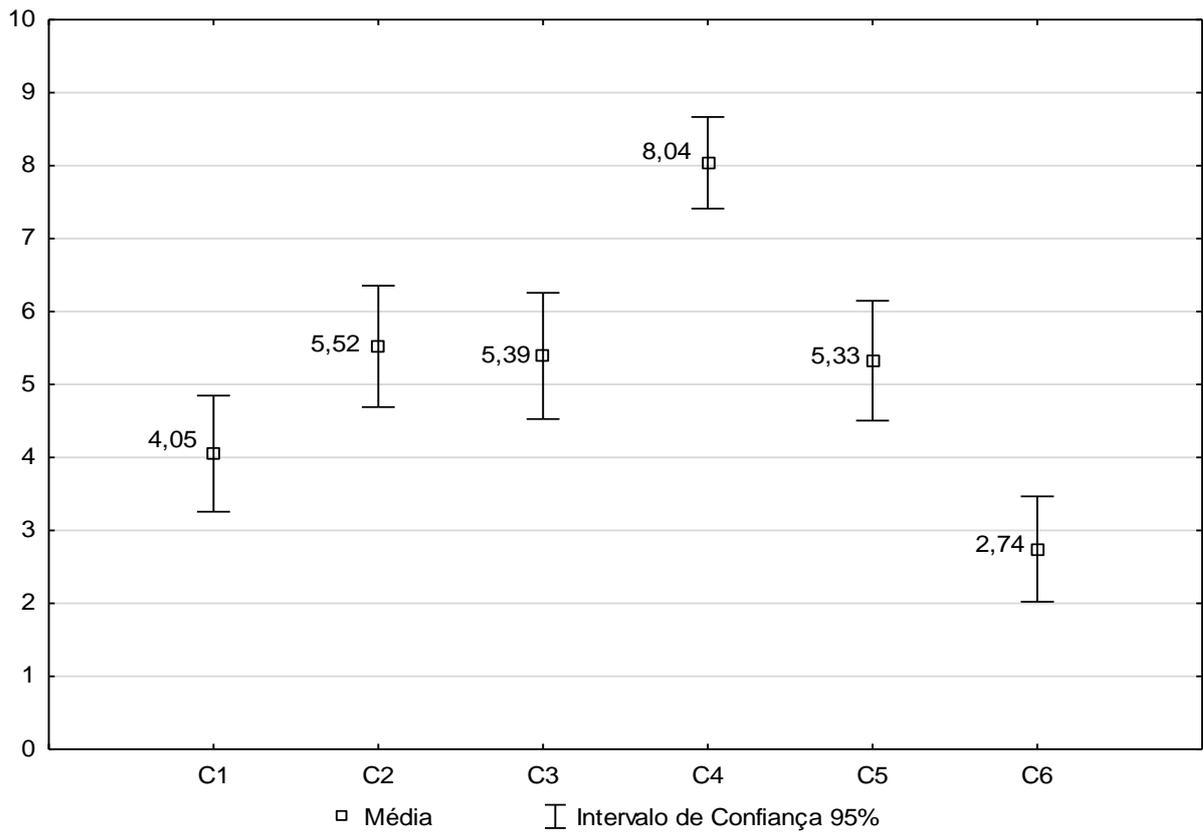
Figura 12 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidadores e/ou familiar ao atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização (variáveis B1-B3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Dos três itens avaliados na dimensão Acesso de Primeiro Contato – Utilização, dois itens foram avaliados satisfatoriamente pelos cuidadores e/ou familiar, ou seja, atingiram o escore esperado que é de 6,6: Quando a criança precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde? (7,82) e; Quando a criança precisa consultar com um(a) especialista, o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” obrigatoriamente deve encaminhar a criança? (7,03) (Figura 12).

O item restante, a saber, não foi avaliado satisfatoriamente: quando a criança tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde? (5,71).

O componente “utilização” que é avaliado apenas pelos usuários, aborda o elemento processual do acesso à APS, que se refere ao primeiro serviço a ser procurado pela família, em caso de necessidade para um novo problema de saúde. Os dados mostraram que esse atributo está implantado satisfatoriamente, indicando que as mães reconhecem que usam a USF para cuidar de seus filhos em consultas de rotina, ou para tratar de um novo problema de saúde.

O atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 13.



Legenda: C1. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e a criança adoece, alguém deste serviço de saúde atende a criança no mesmo dia?; C2. Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta para a criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?; C3. É fácil marcar uma consulta de revisão para a criança (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?; C4. Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que a criança consulte com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?; C5. É difícil para você conseguir atendimento médico para a criança no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?; C6. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat skype, hangout, e-mail*) se precisar?

Figura 13 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (variáveis C1-C6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Dos seis itens avaliados no atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, apenas um atingiu o escore satisfatório esperado que é de 6,6 pela avaliação do cuidador/e ou familiar: Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que a criança consulte com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? (8,04) (Figura 13).

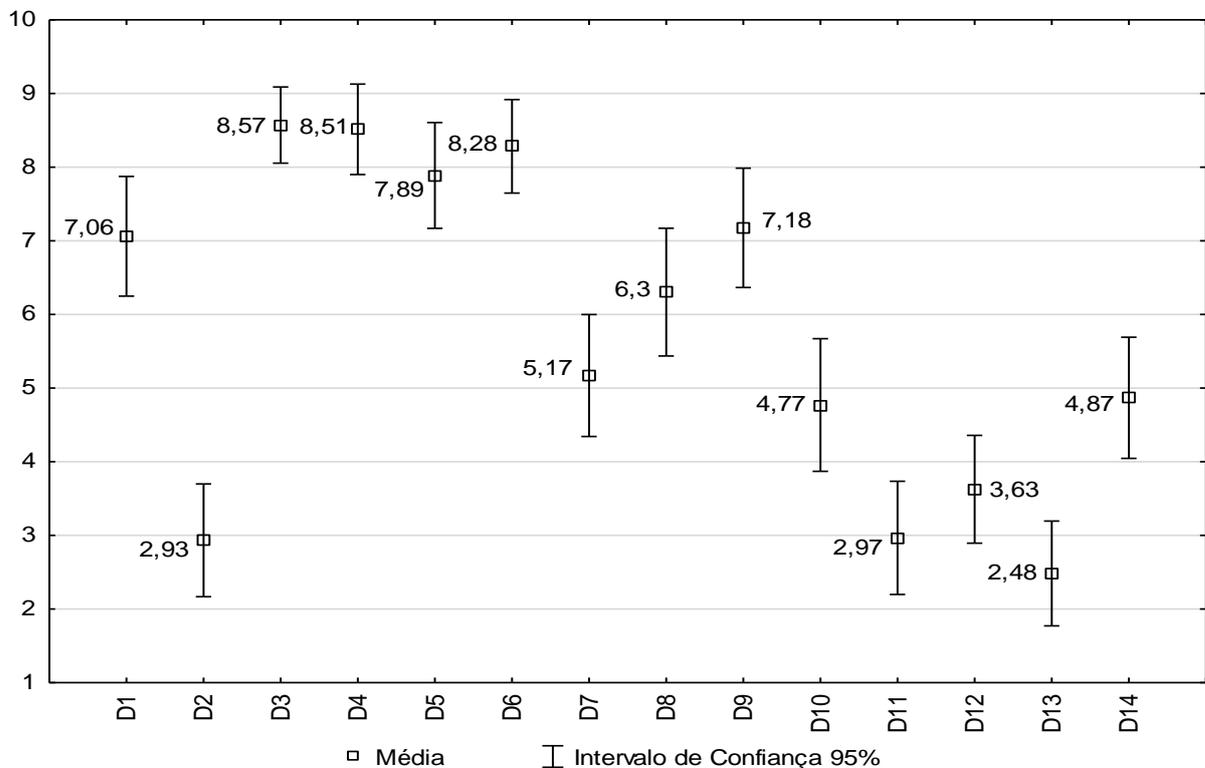
Os demais itens, não foram avaliados não foram avaliados satisfatoriamente: Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e a criança adoece, alguém deste serviço de saúde atende a criança no mesmo dia? (4,05), Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta para a criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”? (5,52), É fácil marcar uma consulta de revisão para a criança

(consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” (5,39), É difícil para você conseguir atendimento médico para a criança no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário? (5,33) e Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: *Whatsapp, Telegram, Wechat Skype, Hangout, e-mail*) se precisar? (2,74) (Figura 13).

No atributo de acessibilidade, os baixos escores observados indicam que ainda existem barreiras que dificultam o acesso das crianças aos serviços de saúde. O que pode indicar que as mães não tem a garantia de serem atendidas assim que surge um novo problema de saúde em seus filhos. Situação também encontrada por Pedraza e Santos (2018) em dois municípios da Paraíba.

O tempo de espera, que é um dos itens avaliados na acessibilidade, para a consulta foi o critério com pior avaliação, o que vem sendo apontado como um dos principais motivos de insatisfação dos usuários do SUS (SZWARCOWALD, 2013).

O atributo Longitudinalidade na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 14.



Legenda: D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?; D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “médico/ enfermeiro” que melhor conhece sua criança?; D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?; D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?; D5 - O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?; D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações

ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/enfermeiro”?; D7 – O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?; D8 - O(a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?; D9 - O(a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?; D10 - Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?; D11 - Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?; D12 - O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?; D13 - O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?; D14 - O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?

Figura 14 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Longitudinalidade (variáveis D1-D14), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Dos 14 itens avaliados, os cuidadores demonstraram insatisfação com oito deles, referentes ao cuidado prestado pelo médico/enfermeiro, a saber: - possibilidade de poder telefonar e falar com o profissional sobre dúvidas acerca da saúde (2,93); - a falta de conhecimento sobre a criança como pessoa e não apenas como alguém com um problema de saúde (5,17); entendimento da história clínica completa da criança (6,3); - o responsável mudaria de serviço ou de profissional (4,77); - falta de conhecimento do profissional sobre a sua família (2,97); - falta de conhecimento sobre quais são os problemas mais importantes (3,63); - falta de conhecimento sobre a situação de trabalho dos familiares da criança (2,48) e; - falta de conhecimento do profissional sobre as possibilidades em obter ou pagar por medicamentos que a criança precisa (4,87) (Figura 14).

Entretanto, foi possível identificar, que é sempre o mesmo médico ou enfermeiro que atende a criança todas às vezes (7,06), que o profissional entende o que o cuidador diz ou pergunta (8,57), responde às perguntas de maneira que eles entendam (8,51), o profissional lhes dá tempo suficiente para falar sobre preocupações ou problemas (7,89), se sentem à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao profissional (8,28), o(a) médico/enfermeiro sabe a respeito de todos medicamentos que a criança está tomando (7,18), com forte orientação para a APS (Figura 14).

Diferentemente do estudo (20) que a longitudinalidade alcançou a média é de 7,37. Entretanto, outros estudos realizados em Fortaleza (21) e Joanópolis – SP (17) também revelaram que este atributo não foi bem avaliado, com escore de 6,4 e 5,48, respectivamente. Já em estudo realizado em Alfenas-MG (22), os participantes atribuíram um escore de 6,6.

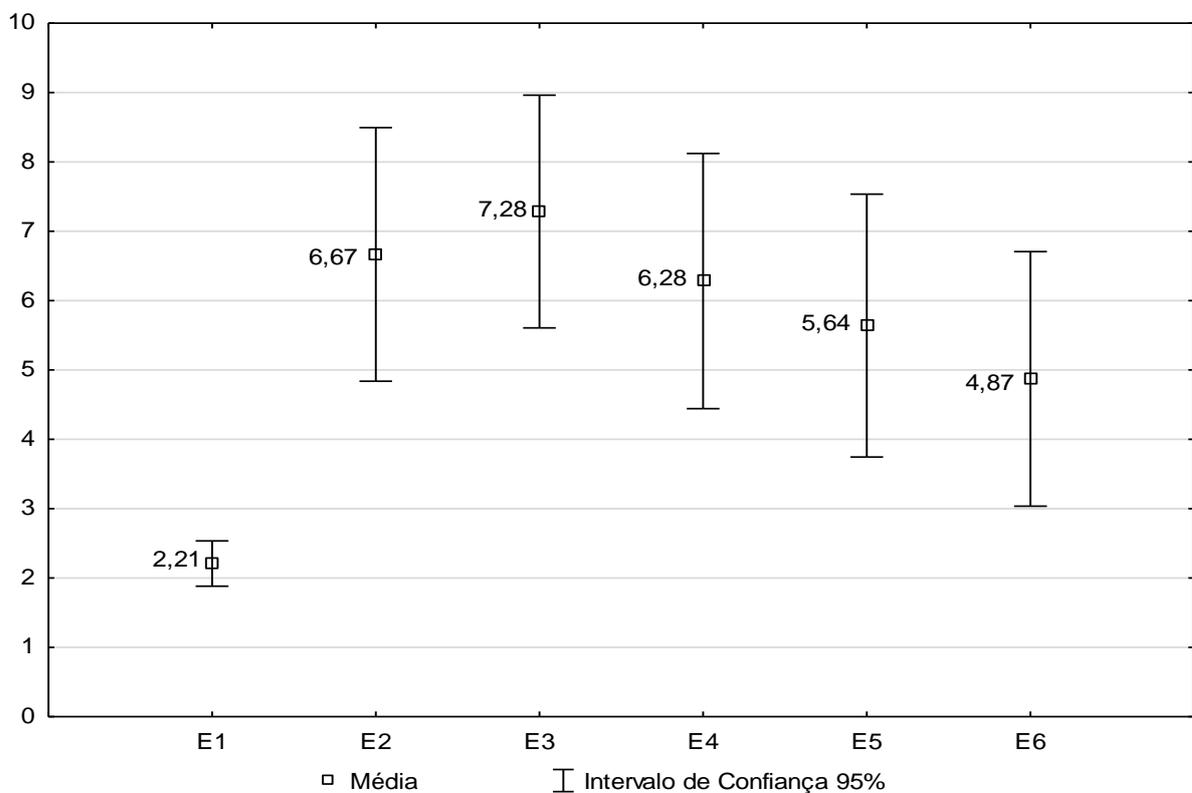
Na avaliação da APS na área urbana de Diamantina – MG, o atributo longitudinalidade também não alcançou o escore de qualidade na perspectiva do usuário (18). Para que a longitudinalidade seja efetiva e o cuidado orientado para APS, o vínculo deve ocorrer entre família da criança e serviço de saúde, porém muitas das vezes, esse vínculo é

estabelecido com um único profissional de saúde (enfermeiros ou médicos) prática essa que torna a assistência pouco resolutive e pautada em ações fragmentadas, refletindo na avaliação do processo desse atributo, em que foi evidenciado o baixo escore (23).

A longitudinalidade também alcançou uma pontuação baixa em estudo realizado em Joanópolis-SP, alcançando um escore de 5,4 (31). Estudo realizado no Rio de Janeiro com usuários crianças também obteve baixo escore (6,14)(32). Ao contrário do estudo realizado em Guangdong - China (33), em que melhor desempenho da APS estava nos cuidados contínuos e sugeriu que os pacientes manteriam uma relação mais próxima os profissionais, ou seja, eram sempre os mesmos.

A menor vinculação dos usuários da área urbana aos serviços da APS pode estar relacionada à maior facilidade de acessar outros recursos para a assistência à saúde, como consultas com especialistas e mesmo outros recursos de apoio diagnóstico, sem devida coordenação da ESF (24).

O atributo Coordenação – Integração de Cuidados na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 15.



E1. A criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)”?; E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que a criança fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?; E3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que a criança fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?; E4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?; E5. Depois que a criança foi a esse(a)

especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?; E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que a criança recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se a criança foi bem ou mal atendida)?.

Figura 15 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Coordenação – Integração de Cuidados (variáveis E1-E6), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

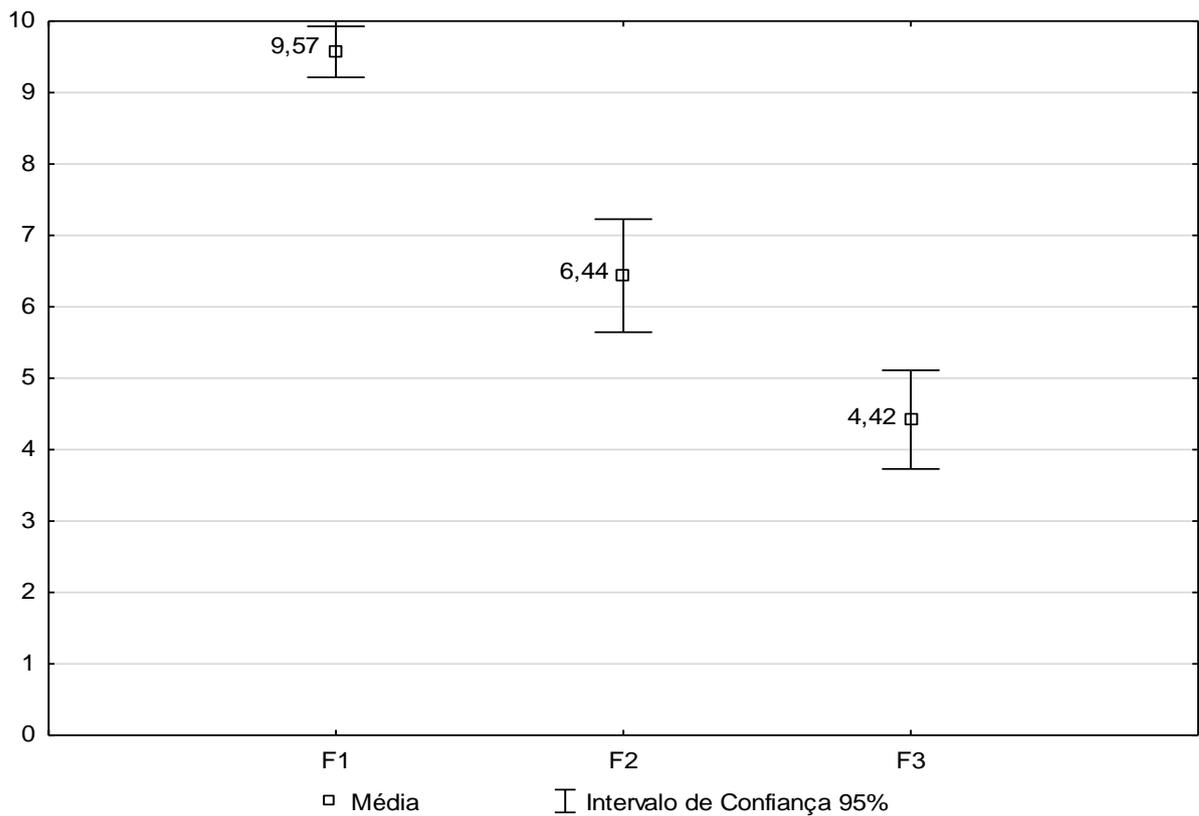
Dos seis itens avaliados na dimensão Coordenação – Integração de Cuidados, apenas três atingiram o escore satisfatório esperado que é de 6,6 pela avaliação do cuidador/e ou familiar: o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que a criança fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado? (6,67); o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que a criança fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado? (7,28); o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? (6,28).

Os três itens restantes, a saber, não foram avaliados satisfatoriamente: A criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)? (2,21); depois que a criança foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta? (5,64); o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que a criança recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se a criança foi bem ou mal atendida)? (4,87) (Figura 15).

Este atributo corresponde à harmonização entre a APS e a rede de atenção no município. Seu primeiro componente é a “integração dos cuidados”, que trata da capacidade de a APS se comunicar com outros serviços de referência, de modo a dar continuidade à assistência aos usuários (STARFIELD, 2002).

A não continuidade pode ser o resultado de uma assistência fragmentada, da não responsabilização dos serviços e da falha na formação da rede de serviços (SILVA e ALVES, 2019). Na área urbana, a possibilidade de os usuários acessarem atendimentos especializados sem a necessidade de encaminhamentos prévios fragiliza o papel das EqSF na integração dos cuidados aos usuários sob sua responsabilidade sanitária e gera insatisfação em profissionais e usuários.

O atributo Coordenação – Sistema de Informações na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 16.



Legenda: F1. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultado de exames de laboratório)?; F2. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o prontuário (história clínica) da criança está sempre disponível na consulta?; F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário da criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?.

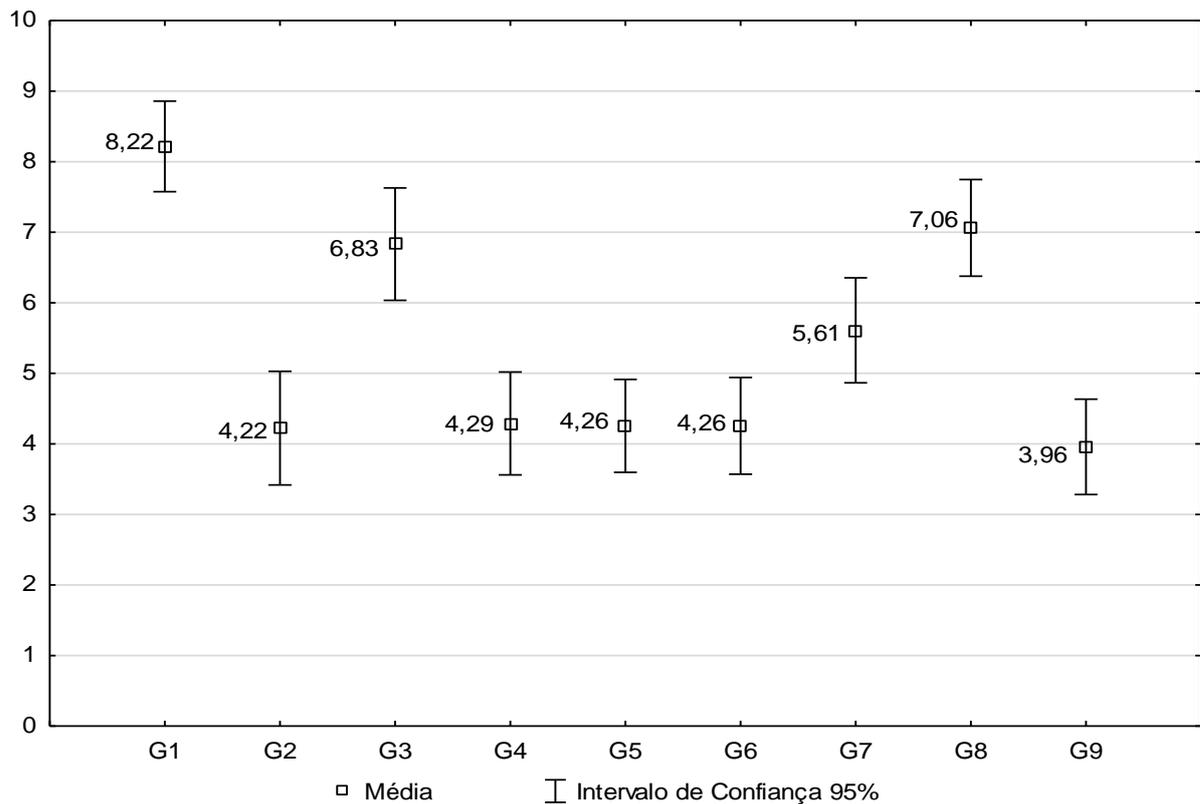
Figura 16 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Coordenação – Sistema de Informações (variáveis F1-F3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Dos três itens avaliados com relação a dimensão Coordenação – Sistema de informação dois deles foram analisados satisfatoriamente pelos profissionais, ou seja, atingiram o escore esperado que é de 6,6: Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultado de exames de laboratório)? (9,57) e Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o prontuário (história clínica) da criança está sempre disponível na consulta? (6,44).

E o item restante, a saber, não foram avaliados satisfatoriamente: Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário da criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”? (4,42) (Figura 16).

Os cuidadores revelaram que levam pelo menos um documento da criança para a consulta, mais frequentemente o cartão de vacinação, seguido por certidão de nascimento.

O atributo Integralidade – Serviços Disponíveis na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 17.



Legenda: G1. Vacinas (imunizações); G2. Verificar se a família da criança pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social); G3. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais; G4. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos); G5. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir); G6. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão); G7. Sutura de um corte que necessite de pontos; G8. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV; G9. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

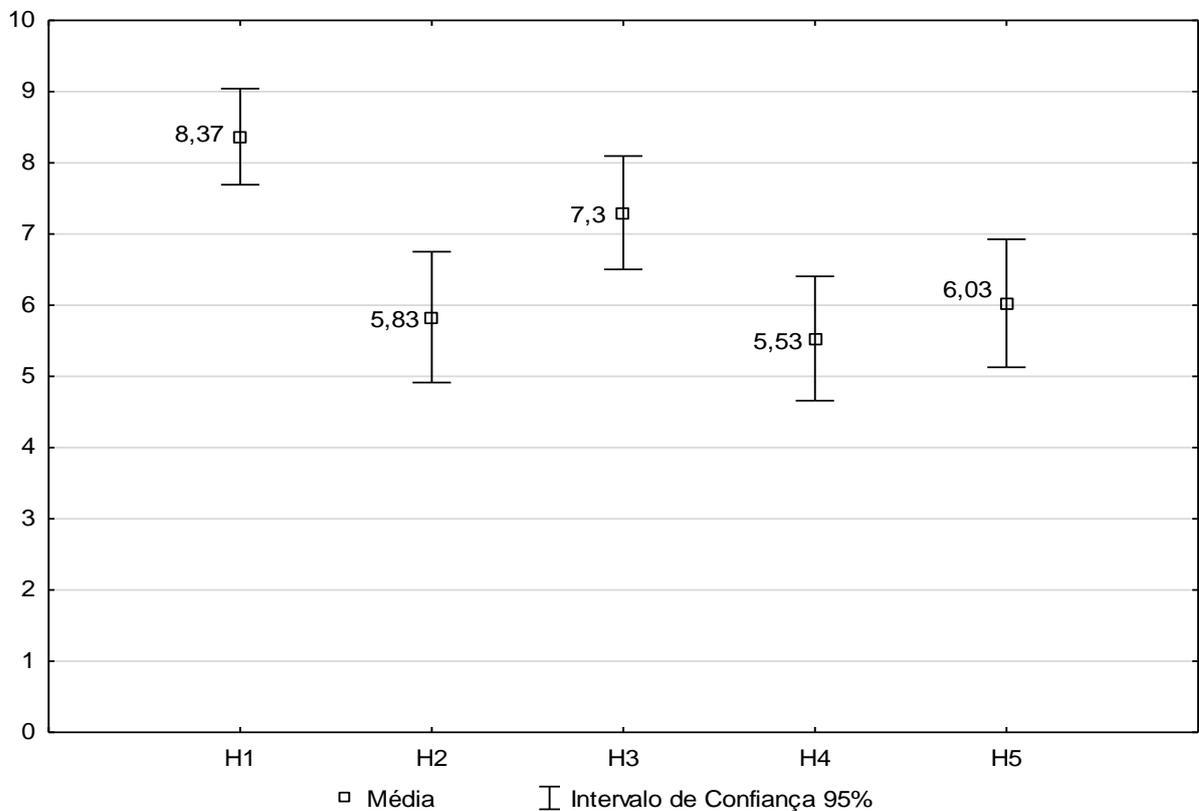
Figura 17 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (variáveis G1-G9), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Quanto a Integralidade – Serviços Disponíveis, dos nove itens, apenas três foram avaliados satisfatoriamente, ou seja, atingiram o escore de 6,6, a saber: vacinas (imunizações) (8,22); planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (6,83); Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV (7,06). Entretanto, a maior parte dos itens teve uma avaliação insatisfatória: Verificar se a família da criança pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social) (4,22);

inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos) (4,29); aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir) (4,26); aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão) (4,26); sutura de um corte que necessite de pontos (5,61); identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar) (3,96).

Estes achados corroboram com os de Freitas et al (2020), em que a integralidade também foi avaliada insatisfatoriamente na visão dos cuidadores.

O componente acesso de Integralidade – Serviços Prestados na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 18.



Legenda; H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente); H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada); H3. Mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança, o que você deve esperar para cada idade (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi); H4. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança; H5. Maneiras para manter a criança segura (ex.: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão);

Figura 18 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Integralidade – Serviços Prestados (variáveis H1-H5), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Dos cinco itens avaliados na dimensão Integralidade – Serviços Prestados, apenas três atingiram o escore satisfatório esperado que é de 6,6 pela avaliação do cuidador/e ou familiar:

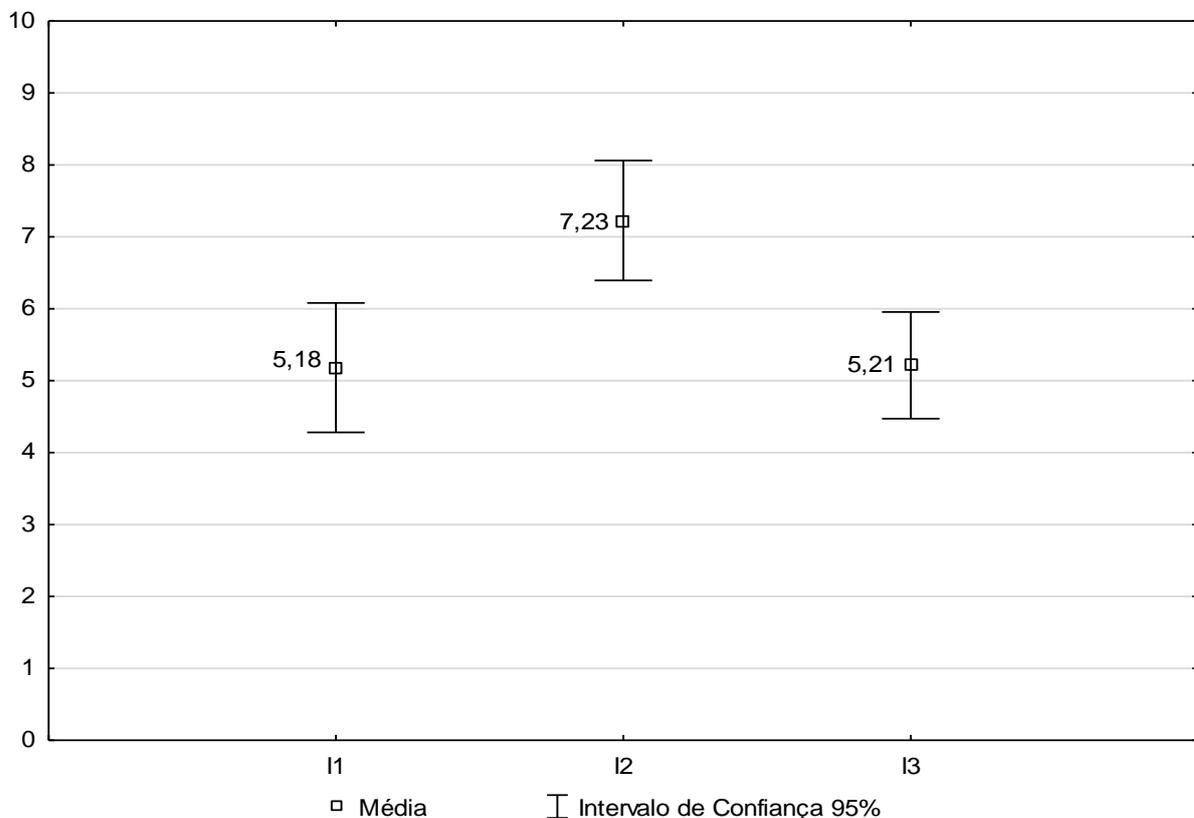
Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) (8,37), Mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança, o que você deve esperar para cada idade (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi) (7,3) e Maneiras para manter a criança segura (ex.: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão (6,03).

Os dois itens restantes não foram avaliados satisfatoriamente: Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada); (5,83) e Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança (5,53) (Figura 18).

Furtado et al (2013), também encontrou forte presença e extensão de outra subdivisão do atributo Integralidade que se refere aos serviços prestados durante as consultas de rotina.

Acredita-se que a maioria dos familiares/cuidadores não estão recebendo de maneira adequada os componentes relativos aos serviços disponíveis e prestados que caracterizam a integralidade da APS. É necessário buscar resolutividade para seus problemas de maneira curativa e emergencial em outros níveis de atenção (WANG, 2015).

O atributo Orientação Familiar na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 19.



Legenda: I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado da criança?; I2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou

problemas que podem ocorrer na família da criança (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)?; I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?.

Figura 19 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Orientação Familiar (variáveis I1-I3), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

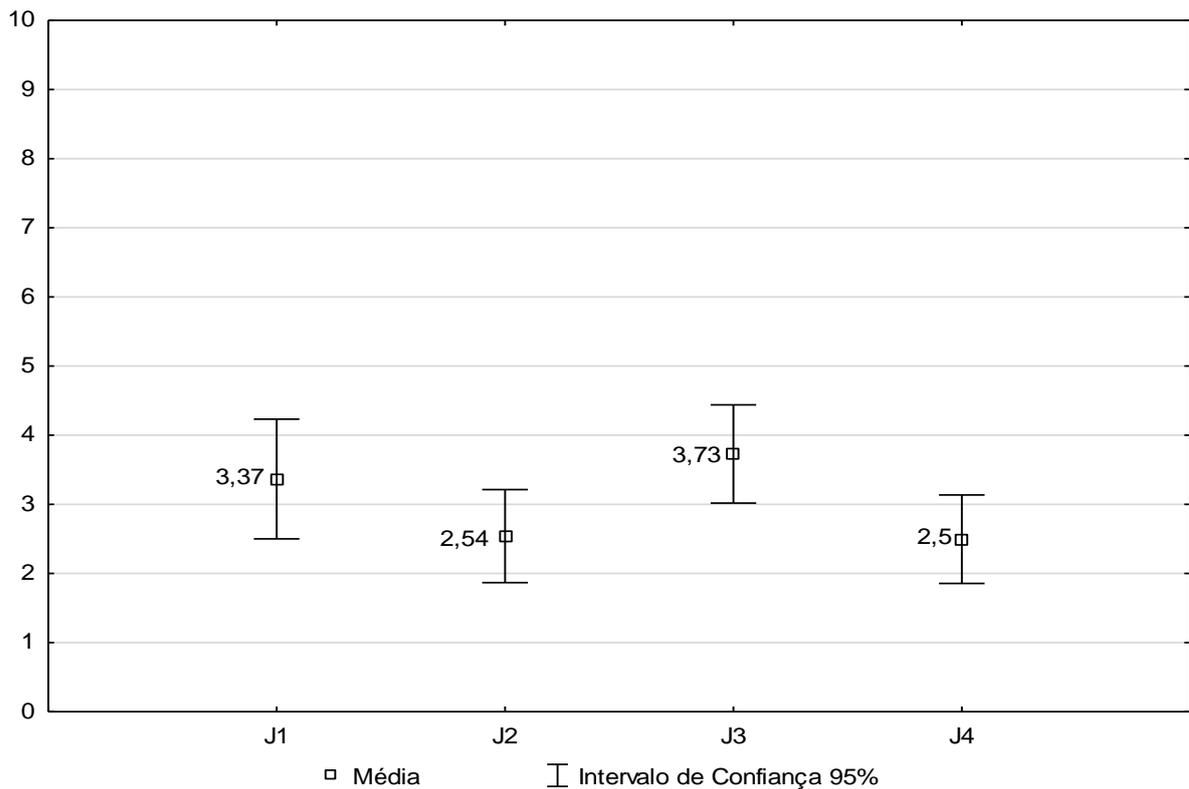
Dentre os três itens avaliados com relação a Orientação Familiar, apenas um dos itens foi avaliado de forma satisfatória na avaliação do cuidador e/ ou familiar, ou seja, que atingiram o escore esperado que é de 6,6: O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer na família da criança (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)? (7,23).

Os dois itens restantes não foram avaliados satisfatoriamente: O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado da criança? (5,18) e O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário? (5,21) (Figura 19).

Na perspectiva da política de saúde da criança a orientação familiar é um mediador importante entre a família e os profissionais da saúde, já que a construção do vínculo e escuta qualificada são essenciais para propiciar o desenvolvimento e crescimento adequado da criança, contribuindo para a consolidação dos demais atributos da Atenção Primária à Saúde (SILVA et al., 2019).

Porém, neste estudo, os cuidadores não reconhecem que os profissionais conheçam suas famílias, seus óbices e seus principais problemas de saúde.

O atributo Orientação Comunitária na avaliação do cuidador e/ou familiar é apresentado na Figura 20.



Legenda: J1. Alguém do(a) “serviço de saúde” faz visitas domiciliares?; J2. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" da criança conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?; J3. Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos no serviço; J4. Convida você e a família da criança para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde;

Figura 20 - Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos cuidador e/ou familiar ao atributo Orientação Comunitária (variáveis J1-J4), em Porto Velho - RO, no período de janeiro a fevereiro de 2020.

Dos quatro itens avaliados com relação a dimensão Orientação Comunitária todos foram avaliados insatisfatoriamente, ou seja ficaram abaixo do escore esperado: alguém do(a) “serviço de saúde” faz visitas domiciliares? (3,37); o(a) "médico(a)/enfermeiro(a)" da criança conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? (2,54); pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos no serviço (3,73); convida você e a família da criança para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde (2,5) (Figura 20).

Porém, o que pode se perceber neste estudo é que os cuidadores relataram que não recebiam visitas domiciliares da equipe de saúde da família e não acreditam que a mesma está interessada em saber dos problemas de saúde da comunidade. Estudo realizado por Tomé (2016) em Fortaleza – CE, também encontrou um escore insatisfatório para esse atributo. Diferente de estudo realizado por Furtado et al (2013) em Riberão Preto – SP, em que este atributo obteve escore alto.

Resultados semelhantes ao presente estudo, foram mostrados por Gontijo et al. (2017), em que identificaram escores Essencial e Geral baixos, revelando que a prática dos serviços não está orientada por meio dos atributos da APS. Willems et al (2019), em estudo na cidade de Joanópolis-SP, também mostraram que o escore geral foi insatisfatório e o essencial satisfatório.

De acordo com o estudo de Ferreira, Costa e Andrade (2015), o princípio integralidade deve atender as necessidades específicas das crianças, buscando a inserção das mesmas em um nível hierarquizado. No entanto, apesar da existência de ações de promoção e prevenção, os cuidadores e/ ou responsáveis não possuem conhecimento sobre a disponibilidade dos serviços. Dessa maneira, nesse estudo, observa-se fragilidades no atributo, principalmente no que diz respeito a troca de informações sobre os serviços que estão disponíveis, tornando a assistência fragmentada.

Considerando esses aspectos, Silva e Fracolli (2016) lembra que os serviços disponíveis na APS contribuem para a promoção da saúde infantil no contexto sanitário. Porém, observa-se ainda que as equipes de saúde possuem dificuldade de interação no trabalho em equipe e com os demais grupos para estabelecer relações interdisciplinares. Conseqüentemente, a interação também não acontece entre o profissional e usuário, o que dificulta o vínculo e a integralidade da assistência.

Ainda segundo os autores acima, a integralidade é reconhecida pelos usuários como ferramenta importante e essencial no processo de cura e reabilitação das crianças, uma vez que é nítida a insatisfação quando o atendimento prestado apenas baseia-se em perguntas fragmentadas e sem envolvimento com as individualidades da criança.

A constatação de que a maior parte dos atributos da APS apresentam escores médios de baixo valor pode indicar o mau desempenho destes serviços, bem como o grande número de clínicas populares particulares que é uma realidade local, que estão instaladas nos arredores das USF, facilitando o acesso mais rápido à exames, consultas médicas, entre outros.

De um modo geral, a acessibilidade, tanto na visão do profissional quanto do usuário, foi um dos atributos que não atingiram o escore ideal (5,16) de avaliação coincidindo com outros (RIBEIRO et al., 2015; ALBUQUERQUE et al., 2014; CAMPOS et al., 2014) que apontam a acessibilidade como um dos principais problemas relacionados à assistência na APS e o quanto compromete diretamente a consolidação dos princípios do SUS. Corroborando também com Araújo et al (2018), que em estudo realizado nos estados da Paraíba e Paraná também encontrou um escore baixo para a acessibilidade (5,5).

Esse achado revela uma fragilidade e preocupa, já que a acessibilidade é um dos elementos estruturais da APS, envolve a localização próxima à população, horários e dias abertos para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe estes aspectos da acessibilidade. Implica no acesso e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (FRACOLLI et al., 2015).

O atributo acessibilidade é avaliado no PCATool, em alguns itens, considerando a disponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários fora do atendimento normal da unidade de saúde, como períodos noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos. No entanto, isto não corresponde à realidade do modelo da APS aplicado no Brasil, o que nos faz refletir sobre a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação, aumentando a disponibilidade do serviço ao cidadão, mantendo o vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto-atendimento (CHOMATAS et al., 2013).

Essa avaliação negativa pode estar associada às características organizacionais locais, visto que as unidades de saúde, quase que na sua totalidade, adotam o modelo estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o oferecimento de ações e serviços no horário das 7h00 às 19h00, apenas em dias úteis da semana, limitando o acesso da população trabalhadora, que não encontra acolhimento para suas demandas de saúde (BRASIL, 2012).

Também não são ofertadas formas mais ágeis de marcação de consultas ou de obtenção de informações por telefone e/ ou Internet. Há unidades sem laboratórios, em que há apenas uma sala de odontologia, fazendo com que o acesso aos serviços de atendimentos demore. As equipes não atendem em tempo integral, sendo uma pela manhã e outra equipe a tarde. O usuário não consegue acessar o mesmo profissional pela manhã e a tarde.

O atributo utilização é referido no instrumento pela informação se a procura do serviço de saúde refere-se aos momentos de adoecimento da criança ou às consultas de revisão, bem como se o serviço de APS realiza os encaminhamentos para especialistas (BRASIL, 2010). O escore médio encontrado foi de 6,8 apesar de muito próximo do valor de referência, Araújo et al (2018), também obteve resultados satisfatórios com esse atributo, com um valor de 8,6 e refere que esta situação pode mostrar uma inter-relação efetiva entre prestador e receptor do cuidado, levando à satisfação do usuário na dinâmica do cuidado em saúde (processo). Resultados positivos com relação ao processo também foram encontrados em outros estudos (FINKLER, 2014).

No entanto, alguns estudos indicam que a procura pelo serviço de saúde ocorre mesmo que as mães estejam insatisfeitas com o atendimento, desconfiem da competência do profissional e convivam com uma relação sem vínculo, por não terem outra opção de cuidado (ARAÚJO et al., 2018).

Estes achados corroboram os estudos que utilizaram o PCATool versão criança e evidenciaram que uma vez que o usuário acesse o serviço de saúde, ele considera o serviço e os profissionais como uma fonte de cuidado para as consultas de rotina e novas demandas de saúde, e se constituem relações de pertencimento, vínculo e confiança (FRACOLLI et al., 2015; WOLKERS et al., 2017).

Estudos que avaliaram a APS com a mesma metodologia apontam que profissionais tendem a avaliar melhor a qualidade dos serviços. Já os usuários e cuidadores tendem a ser mais críticos, por isso que a qualidade dos serviços de saúde não pode ser definida apenas pela avaliação de um único ator, seja ele gestor, profissional ou usuário, sob o risco de reduzir a abrangência da avaliação (DA SILVA, 2014; 2015).

Neste estudo, notou-se a diferença de percepção dos usuários e profissionais quanto a presença dos atributos da APS.

Um ponto importante é que quando a APS não é resolutiva e efetiva, há altos índices de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre as crianças, principalmente entre os menores, gerando problemas na continuidade da atenção (PEDRAZA e SANTOS, 2018).

A dificuldade de acesso na APS pode levar a população de Porto Velho a procurar o único serviço de alta complexidade e referência para a criança em Rondônia, o HICD, superlotando tal serviço ambulatorial e reforçando o desenvolvimento de ações curativistas na perspectiva de um modelo assistencial biomédico.

Além disso, devemos citar aqui que, estamos em meio a uma situação de pandemia e que houve desamparo ao povo brasileiro, mas que foi apresentado a muitos o valor e a importância do SUS que, apesar de suas fragilidades históricas, enfrenta a pandemia. O acesso universal do SUS para nós brasileiros contrasta com o que vemos em outros países em que, sem sistema público, muitos cidadãos com sintomas da Covid-19 fogem do tratamento, por conta da conta que não podem pagar. Aqui, mesmo a duras penas, o SUS atende todos os brasileiros que dele dependem, sem nenhum custo. É um direito de todos (COSTA, RIZZOTTO e LOBATO, 2020).

4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as limitações do estudo, destaca-se a indisponibilidade de tempo dos profissionais para participarem da entrevista e a dificuldade em abordar os familiares cuidadores que compareciam na unidade com crianças menores de dois anos, pelo baixo fluxo dos mesmos nas unidades, sendo necessário retornar às unidades em várias ocasiões até atingir o tamanho amostral esperado.

O número de participantes nesta pesquisa pode não assegurar a generalização dos resultados para todas as famílias de crianças menores de dois anos de Porto Velho, Rondônia. Além disso, o tipo de estudo sendo descritivo exploratório também pode ser considerado uma limitação, uma vez que não permitiu algumas correlações e inferências causais na análise dos escores atribuídos pelos profissionais e familiares à qualidade dos serviços prestados. No entanto, a pesquisa ampliou a compreensão dos fatores implicados na assistência à saúde infantil prestada pela APS.

Além disso, destaca-se também a pandemia da COVID-19, que impossibilitou a presença dos pesquisadores por mais tempo nas unidades.

CAPÍTULO V

5 CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde, em Porto Velho, foi possibilitada mediante a aplicação do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), que sendo internacionalmente reconhecido foi capaz de medir a presença e a extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde estudados, por meio do cálculo de escores para cada atributo de acordo com os escores: essencial e geral de APS, na ótica dos profissionais e dos cuidadores de crianças menores de dois anos.

Este foi o primeiro estudo sobre avaliação da qualidade da APS no município de Porto Velho realizado especificamente da Estratégia Saúde da Família quanto ao seu grau de orientação em relação a totalidade dos atributos da Atenção Primária à Saúde na saúde da criança.

A realização desta pesquisa possibilitou ainda conhecer o perfil sócio-demográfico dos profissionais e de familiares que cuidam de crianças menores de dois anos e que são assistidos pela Estratégia Saúde da Família além de avaliar sua qualidade na percepção destes grupos.

O perfil dos profissionais foi predominantemente do sexo feminino, jovens, entre 19 e 40 anos, ingressaram na ESF por concurso público, com pós-graduação em saúde da família, indicando interesse em buscar uma melhor qualificação para atendimento da comunidade.

O estudo elucidou a identificação de aspectos de estrutura e processo dos serviços avaliados que necessitam de mudanças e de uma reestruturação para melhor qualificar a atenção primária no município de Porto Velho. Também chama a atenção para os desafios da organização dos serviços de APS e da oferta de assistência de qualidade para a saúde da criança no nosso país. Como qualquer questionário de perguntas fechadas, não foi possível na utilização do PCATool identificar questões subjetivas que envolvam a avaliação pelos profissionais e familiares/cuidadores.

A literatura sobre o tema, em geral, indica que sistemas de saúde com APS forte estão associados a melhores resultados de saúde; maior acesso aos serviços; maior qualidade de atendimento, redução dos cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais, além de favorecer o diagnóstico e tratamento precoce dos problemas de saúde.

Na avaliação, os profissionais da Estratégia Saúde da Família de Porto Velho demonstraram de forma satisfatória que os serviços estão orientados aos atributos da Atenção Primária à Saúde. O escore geral da APS calculado foi 6,65, considerando que valores acima de 6,6 refletem forte presença dos atributos no serviço de saúde. Porém, os atributos

acessibilidade, longitudinalidade, coordenação-integração dos cuidados, integralidade-serviços disponíveis e orientação comunitário não receberam uma avaliação satisfatória dentre os componentes avaliados pelos profissionais. O atributo acesso de primeiro contato ainda é uma barreira a ser transposta para que estes consigam atender às necessidades dos usuários, já que foi o atributo que recebeu o escore mais baixo.

Há necessidade de oferecer acesso efetivo para o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e usuário, através de acolhimento, escuta atenta, o diálogo e o conhecimento da realidade em que o usuário está inserido e envolver as famílias na resolução dos problemas e na promoção da saúde.

Mesmo com algumas notas não atingindo o esperado, pode-se perceber que os serviços de saúde são prestados e que suprem as necessidades da população, na perspectiva desses profissionais de saúde.

Já na visão dos familiares/cuidadores a avaliação teve resultado insatisfatório onde o escore geral obteve o valor de 5,97, valor abaixo de 6,6, refletindo uma fraca presença dos atributos no serviço de saúde, uma vez que a assistência recebida por estes cuidadores de crianças menores de dois anos não esteve fortemente orientada aos atributos da Atenção Primária à Saúde.

As divergências encontradas entre as avaliações dos participantes apontam para a diferença de entendimento sobre a funcionalidade e o propósito da APS. A melhor avaliação pelos profissionais mostra que a percepção da assistência ofertada ainda diverge daquela percebida pelos usuários, o que evidencia um hiato entre as visões dos diferentes participantes.

Outro ponto importante é que o estudo conta com o ponto de vista de diferentes atores envolvidos no contexto avaliado, o que permite incorporar um olhar mais atento aos aspectos em questão. Além disso, acrescenta-se que a avaliação da qualidade da assistência à criança foi feita, em sua maioria, pelas próprias mães que são apontadas como as que mais usam os serviços e as que melhor conhecem as necessidades de seus filhos.

O presente estudo possui limitações próprias dos estudos transversais no que tange a generalização dos dados (incluindo aqui também a pandemia da COVID-19, iniciada em 2020, que nos afastou dos serviços como pesquisadores).

Verificou-se a necessidade de implementação das ações voltadas para a incorporação da totalidade dos atributos que caracterizam um cuidado integral e resolutivo frente às necessidades de saúde da clientela atendida.

Nessa perspectiva, faz-se necessário incentivar a qualificação profissional, melhorar a acessibilidade, vínculo e comunicação dos profissionais com os familiares e a comunidade, a fim de possibilitar a melhoria da integração e continuidade dos cuidados prestados na atenção primária à saúde das crianças. E aqui, o enfermeiro tem um papel fundamental, principalmente nas ações relacionadas à promoção à saúde e organização dos processos. Proporcionando um maior acesso da comunidade aos serviços.

Apesar da importância da avaliação dos usuários na medida em que constitui o grupo que efetivamente experimenta o serviço, em seus aspectos positivos e negativos, e que tende a realizar uma avaliação mais crítica, os profissionais possuem conhecimentos científicos que podem revelar e valorizar características inerentes à dinâmica social que expressem necessidades potenciais efetivas à qualidade.

Espera-se que esses resultados possam contribuir para mudanças na atenção oferecida pelas equipes de saúde da família às crianças, favorecendo discussões em cada uma das unidades sobre a realização de um trabalho que tenha como prioridade o núcleo familiar, a comunidade, os idosos e como atender as suas reais necessidades.

Nesse sentido, destaca-se a importância desta pesquisa e de futuras investigações que permitam preencher a lacuna existente na produção do conhecimento sobre a temática da avaliação da atenção primária à saúde das crianças no município de Porto Velho ou no âmbito do Estado de Rondônia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C.M. **Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas**. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, p. 145-160, 2006.
- ARAÚJO, J. P; VIERA, C.S; OLIVEIRA, B. R. G. DE; GAIVA, M. A; RODRIGUES, R. M. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Rev Bras Enferm.** 2018;71:1366–72. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>.
- BATISTA VALERIA CRISTINA LEAL, RIBEIRO LILIANE DA CONSOLAÇÃO CAMPOS, RIBEIRO CLAUDIA DANYELLA ALVES LEÃO, PAULA FABIANA ANGELICA DE, ARAUJO A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **SANARE** [Internet]. 15(02):87–93, Sobral, 2016.
- BORGES, I. A. L. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco**; n.1, p. 5- 8, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 20 de outubro de 2021.
- BRASIL. **Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em: 10 de maio de 2018.
- BRAILS. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**: relatório final. Brasília, 2004.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4a ed. Brasília, 2007. 68 p. v. 4 (Série E. Legislação de Saúde/Série Pactos pela Saúde), 2006.
- BRASIL. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool PCaTOOL - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos**, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 out. 2013.

BRASIL. **Plano nacional para primeira infância**. Versão resumida. Proposta elaborada pela rede nacional de primeira infância com ampla participação popular. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b, 60 p. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2017.

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2011-2020**. Brasília: CAPES, Vol. 1. ISBN – 978-85-88468-15-3, 2010c.

BRASIL. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011>.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde), 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Brasil, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 4. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 68 p. p 20-23, 2015.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 26p. 2018.

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enf. USP** [Internet], 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a03.pdf. Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2020.

CASTRO, R. C. L. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**. 2012 Sep; 28(9):1772-84. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.

CASSADY, C. E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M. P.; BERK, R. A.; NANDA, J.P.; FRIEDENBERG, L.A. Clinical Care for Children: measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, 105(4):998-1003, 2000.

CHEN, A; FENG, S; ZHANG, L; SHI, L. Comparison of Patients' Perceived Quality of Primary Care Between Urban and Rural Community Health Centers in Guangdong, China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 17(13):4898, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134898>.

CHOMATAS, E; VIGO, A; MARTY, I; HAUSER, L; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2013; 8(29):294-303. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 358 de 15 de outubro de 2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem**. Brasília-DF, 2009.

COSTA, A. do A. Z. **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde na perspectiva dos enfermeiros da estratégia saúde da família do município do rio de janeiro**. [Tese de doutorado], UFRJ, Rio de Janeiro, 2015.

COSTA, A. M; RIZZOTTO, M. L. F; LOBATO, L. de V. C. In the Covid-19 pandemic, Brazil sees the SUS. **Saúde debate**. RIO DE JANEIRO, V. 44, N. 125, P. 289-296, ABR-JUN 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020125001>.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view> Acesso em: 21 fev 2020.

COSTA, L. B; MOTA, M.V; PORTO, M. M. DE A; FERNANDES, C. S. G. V; SANTOS, E. T; OLIVEIRA, J. P.M. DE. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciênc saúde coletiva**. 26:2083–96, 2021.

CRUZ, A. C; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Cienc cuid saúde**.10(4):861-865, 2011.

DAMASCENO, S. S; NÓBREGA, V. M. da; COUTINHO, S. E. D; REICHERT, A. P. da S; TOSO, B. R. G. de O; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet**. 21(09), Set 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>

DAMASCENO, S. S. **Avaliação da orientação à atenção primária à saúde da criança**. [Dissertação de mestrado], UFPB, Paraíba, 2014.

D'AVILA, L.S.; ASSIS, L.N. de; MELO, M.B. de; BRANT, L.C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil.

Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 19, p. 401-416, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63030092009> Acesso em 10 de fev. 2020.

DA SILVA, S. A; BAITILO, T. C; FRACOLLI, L. A. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Rev Latino Am Enferm**. 23:979-87, 2015.

DA SILVA, S. A; NOGUEIRA, D. A; DA SILVA PARAIZO, C. M; FRACOLLI, L. A. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**.48(Esp):126-32, 2014.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*. 1997 Nov; v. 121, n. 11, p. 1145-1150, 1997.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. Processo de trabalho em saúde. 2.ed. Belo Horizonte: **Coopmed**, 2009.

FEITOSA, A. N. DE C; OLIVEIRA, C. L. DE; DUARTE, E. B; OLIVEIRA, A. M. DE. Avaliação em saúde: uma revisão integrativa. **id on line rev. psic**. v.10, N. 30. Supl 2, Julho, 2016 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.

FERREIRA, T. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e61132, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300407&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 de fev. de 2017.

FERREIRA, T.L.S; COSTA, I.C.C; FÁBIA, B.A. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**. v.1, n.1, p. 22-9, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7320/5497>. Acesso em 14 de fevereiro de 2020.

FIGUEIREDO, A.M. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.

FILHO, M.B; CRUZ, R. de S.B.L.C. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. **Rev. Bras Saúde Materna Infantil**. 15(4): 451-4, 2015.

FILHO, M.M.; LUZ, B.; ARAUJO, C. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2033-46, 2014.

FINKLER, A. L; VIERA, C.S; TACLA, M.T.G.M; TOSO, B.R.G.O. The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary health care. **Acta Paul Enferm**. 2014 [cited 2020 jul 10];27(6):548-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/>

v27n6/1982-0194-ape-027-006-0548.pdf.

FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.** Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

FURTADO, M.C.C; BRAZ, J.C; PINA, J.C; MELLO, D.F; LIMA, R.A.G. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 21(2), mar.-abr, 2013.

GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Rev Bras Promoç Saúde**, 31(3): 1-13, jul./set., 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.7108.

FRACOLLI, L. A; MURAMATSU, M. J; GOMES, M. F. P; NABÃO, F. R. Z. Evaluation of the Primary Healthcare attributes in a municipality located in the countryside of São Paulo State – Brazil. **Rev. o mundo da Saúde.** 15(39):54-61, 2015.

FREITAS, J. L.G; SOUZA, M. H. DO N; CAVALCANTE, D. F. B; ORFAO, N. H; MENDES, V. A; ALVES, J. C. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde da criança na perspectiva dos cuidadores. **Revista Enfermagem UERJ.** 28(0):52548, 2020.

GIOVANELLA, L, et al. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, K.de O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. 2011; 16(Suppl1): 881-92.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020.

HARZHEIM, E; STARFIELD, B; RAJMIL, L ÁLVAREZ-DARDET C, STEIN AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool- Brasil) for child health services. **Cad Saúde Pública.** 22(8):1649-59, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>.

HARZHEIM, E; PINTO, L. F; HAUSER, L; SORANZ, D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva.** 21(5):1399-408, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Histórico da cidade de Porto Velho.** 2015. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=110020&idtema=16&search=rondonia|porto-velho|sintese-das-informacoes>. Acesso em: 06 de fev. de 2017.

KUO, D. Z; HOUTROW, A. J; ARANGO, P; KUHLETHAU, K. A; SIMMONS, J. M; NEFF, J. M. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. **Matern Child Health J.** 16(2):297-305, 2012. PMID:21318293.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>.

LAKATOS, E. M. **Metodologia científica.** 5ªed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2014 Abr; 19(4): 1263-1274. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

LIMA, S. C. C. A. **Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária à saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco** [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.

LIMA, E. DE F. A. **Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família.** Tese (doutorado) Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 229f.: il.; 31 cm, 2014.

LIMA, E. de F. A. et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-559, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300553&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.

MALTA, D C. Crianças e Adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 348, Feb. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200348&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32412018>.

MARQUES, A.S; FREITAS, D. A, ALVES, LEÃO, C. D; OLIVEIRA, M; KETLLIN, S. PEREIRA, M, M. Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2014, 19(2), 365-371[fecha de Consulta 10 de Julio de 2020]. ISSN: 1413-8123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030092005>.

MELO, L. C. O; NAKANO, A. M. S; MONTEIRO, J. C. S; FURTADO, M. C. C. Atributos da atenção primária à saúde na atenção ao aleitamento materno. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0516>.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996.

MESQUITA FILHO, M; LUZ, B. S. R; ARAUJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, July 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702033&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.17322013>.

MOREIRA, K. F. A. et al. Alta incidência de mortes evitáveis durante a infância em Porto Velho, Rondônia – Brasil. **HealthMED**, v. 8, n. 6, p. 762-766, 2014.

NORMAN, A. H; TESSER, C. H. Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. **Saúde e Sociedade** [Internet], 24(1):165-79, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>.

ODS - **Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**: Proposta de Adequação. Ipea, 2018. Disponível em <https://bit.ly/2oJPWy0>. Consultado em 03/06/2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Indicators for assessing infant and young child and feeding practices, part II**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** 2013, set;158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, M.P.R. de **Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços da atenção primária em saúde**. 174f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, 1978.

OPAS. **La renovación de La atención primaria de salud en las Américas**. Washington DC: Organización Panamericana de La Salud/Organización Mundial de La Salud, 2007.

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

PAULA, W. K. A. S. DE; SAMICO, I. C; CAMINHA, M DE F. C; BATISTA, M; FIGUEIRÔA, J. N. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cad. saúde colet.** 25 (2). Apr-June 2017. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700020113>

PAHIM, A. T; GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A. Family Health Strategy - the point of view of children's caregivers. **Rev. enferm. UFPE on line**; 12(3): 607-617, 2018.

PEDRAZA, D. F; SANTOS, I. da S. Percepción materna del cuidado a la salud del niño en la estrategia salud de la familia de dos municipios de Paraíba, Brasil. **Gerencia y Políticas de Salud**, [S. l.], v. 17, n. 34, 2018. DOI: 10.11144/Javeriana.rgps17-34.pmcs. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23129>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PINA, J. C; MORAES, S. A. DE; FURTADO, M. C DE C; MELLO, F. D. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 23 (3) • May-Jun 2015 • <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0502.2582>

POLIT, D. F. BECK, C. T. HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 2004.

PONNET, L; WILLEMS, S; VYNCKE, V; BOUSQUAT, A. E; VIANA, A. L; MELLO, G. A. 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). 2019;17(1):eAO4333. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4333.

PORTO VELHO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO (SEMUSA). Plano municipal de saúde de Porto Velho – RO. Porto Velho, 2018.

PORTO VELHO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO (SEMUSA). Relatório anual de gestão do município de Porto Velho – RO. Porto Velho, 2012.

RATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.

RASELLA, D; BASU, S; HONE, T; PAES-SOUSA, R; OCKÉ-REIS, C. O; MILLETT, C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS Med.** 15(5):e1002570, 2018.

RODRIGUES, R.D; ANDERSON, M.I.P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Florianópolis. 6(18): 21-4, 2011.

ROLIM, L.B; MONTEIRO, J. G; MEYER, A. P. G. F. V; NUTO, S. A. S; ARAÚJO, M. F. M; FREITAS, R. W. J. F. Evaluation of primary health care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. **Rev Bras Enferm.** [Internet], 72(1):19-26. Fortaleza, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>.

SANTOS, N. E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p. 107-119, abr. jun. 2008.

SANTOS, N. C. C. de B. et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00014216, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105011&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00014216>.

SAPS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Cobertura da atenção básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Ministério da Saúde, 2021.

SHI, L; STARFIELD, B. et al. **Validating the adult primary care assessment tool**. In: The journal of family practice. Fevereiro, 2001, v. 50, n. 2. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>.

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 Pública, v. 35, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/csp/a/k9MtfkrkHfs4gKZc6G7KwZv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2021.

SILVA, T. V. DOS S.; SANTOS, K. M. R. DOS; FERREIRA, T. L. DOS S.; ANDRADE, F. B. DE. Avaliação do atributo derivado orientação familiar na saúde da criança. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 2, p. 1-15, 26 ago. 2019.

SILVA, G. S. **Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina**. [manuscrito]. Belo Horizonte, 2017.

SILVA, S.A; FRACOLLI, L.A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. São Paulo, v.69, n.1, p.54-61, jan-fev 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0054.pdf>. Acesso em 01 de fevereiro de 2020.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**. 16(6): 2753-62, 2011.

SOUSA, A. I; SANTOS, L. B. B. D; SOUZA, M. H. D. N; PAIXAO, T. M. D; DE FARIAS, S. N. P. (2020). Avaliação da acessibilidade aos serviços de Atenção Primária a Saúde na perspectiva dos profissionais. **Rev enferm UERJ**, 28:e47069 Rio de Janeiro, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 03 de fev. de 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primaria - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**.p. 1-177, Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

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

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, mar. 2013 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100019>.

SZWARCWALD, C. L; DAMACENA, G. N; SOUZA JÚNIOR, P. R. B; ALMEIDA, W. S; MALTA, D. C. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. **Cienc Saude Colet**. 2016; 21(2):339-49. Brasil, 2013.

TANAKA, O. U; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI, M. L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F (Org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 121-136, 2004.

TEJADA DE RIVERO, D.A. Alma-Ata: 25 años después. **Revista Perspectivas de Salud**, jan. V.8, n.1, 1-7, 2003.

TOMÉ, M. A. B. G. **Avaliação da integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária sob a ótica das interações por condições sensíveis em crianças de 0 até 5 anos.** [Dissertação] Universidade Federal do Ceará, 2016.

VICTORA, C.G; AQUINO, E.M; DO CARMO LEAL, M; MONTEIRO, C.A; BARROS F.C; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. **Lancet.** 377(9780): 1863-76, 2011.

WANG, W; SHI, L; YIN, A; MAO, Z; MAITLAND, E; NICHOLAS, S. Primary care quality among different health care structures in Tibet, China. **Biomed. Res. Int.** [Internet], 2015; (ID206709):1-8. Available from:
<http://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2015/206709.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Meu nome é Daniela Ferreira Borba Cavalcante e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**AValiação dos atributos da Atenção Primária à Saúde da Criança em Porto Velho, Rondônia**”. O objetivo é avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança menor de dois anos do município de Porto Velho-RO.

Para isto, gostaria de convidá-la(o) a participar deste estudo. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome. **Os dados coletados** serão utilizados apenas **nesta** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a unidade a qual você está inserido(a).

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário.

O(a) Sr(a). não terá nenhum **custo ou quaisquer compensação financeira**. Não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer risco moral, espiritual ou físico à sua vida. Os **desconfortos ou riscos previsíveis** relacionados a sua participação na pesquisa poderão ser natureza psicológica, cultural ou social, decorrentes do ato de ser abordada em uma entrevista, de responder a um formulário contendo informações pessoais e de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar constrangimentos. No caso de notar algum destes desconfortos o(a) Sr(a) poderá retirar seu consentimento, contar com o apoio da pesquisadora ou ser encaminhada para um serviço de apoio psicológico, se assim desejar.

O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da enfermagem e para o cuidado com a criança menor de dois anos.

O material coletado, será guardado em arquivo, físico ou digital, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

O(a) Sr.(a) receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Daniela Ferreira Borba Cavalcante
Pesquisadora Principal
Cel (69) 99201-4143
e-mail: danielaferreiraborba@yahoo.com.br

Maria Helena do Nascimento Souza
Orientadora
Cel (21) 979641204
e-mail: mhnsouza@yahoo.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Porto Velho, ____ de _____ de 2018 .

Assinatura do(a) Participante: _____



Assinatura da Pesquisadora: _____

Ass. digital

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) EEAN/UFRJ. Rua Afonso Cavalcanti, 275. Cidade Nova. Rio de Janeiro-RJ. CEP: 20.2011-110. Tel: (21) Tel: 2293- 8148 R: 228. E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com.



APÊNDICE B
AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA EM PORTO
VELHO, RONDÔNIA

PERFIL DO PROFISSIONAL

Identificação do questionário

Questionário _ _ _
 Data da entrevista ___/___/___ Entrevistador _____ Digitador _____

EU VOU INICIAR A ENTREVISTA FAZENDO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS DADOS PESSOAIS

Características sócio-econômicas

Idade ____ **Naturalidade:** 1 RO 2 Outro _____

Município de residência: 1 Porto Velho 2 Outro _____

Profissão: 1 Enfermeiro 2 Médico

Nível de instrução:

- 0 Apenas nível superior
 1 Especialização completa
 2 Residência completa
 3 Mestrado completo
 4 Doutorado completo

Realizou Curso de Pós-graduação (Especialização ou Residência) em Saúde da Família?

0 Não 1 Sim

Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família ____ anos

Tempo de atuação nesta unidade ____

Você ingressou neste emprego através de:

- 1 Concurso público
 2 Processo seletivo
 3 Outro. Especifique: _____

Seu regime de trabalho neste emprego é:

- 1 Estatutário
 2 Empregado Público (Celetista / CLT Concursado)
 3 Contrato temporário (Celetista / CLT)
 4 Contrato por regime especial temporário (Não Celetista / CLT)
 5 Cargo Comissionado

Carga horária semanal: ____ horas

Seu município oferece algum tipo de incentivo à formação para os profissionais da ESF?

0 Não 1 Sim .Especifique: _____

Qual é aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?
 _____ reais

Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? ____

Tem outro(s) vínculo(s) de trabalho?

0 Não 1 Sim .Especifique: _____

Sexo: 1 Feminino 2 Masculino



APÊNDICE C

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA

PERFIL DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

Identificação do questionário

Questionário _ _ _	Entrevistador _____	Digitador _____
Data da entrevista ___/___/___		

EU VOU INICIAR A ENTREVISTA FAZENDO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS DADOS PESSOAIS

Características sócio-econômicas

Qual é a sua idade? ____	
Qual a sua situação conjugal atual?	
1 <input type="checkbox"/> casado (a) ou vive em união	3 <input type="checkbox"/> viúvo (a)
2 <input type="checkbox"/> separado (a) ou divorciado (a)	4 <input type="checkbox"/> solteiro(a) (Nunca se casou ou viveu em união)
Qual é o seu grau de escolaridade?	
0 <input type="checkbox"/> Nenhum	
1 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto	5 <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto
2 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo	6 <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo
3 <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto/Curso Técnico Incompleto	7 <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleto
4 <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo/Curso Técnico completo	8 <input type="checkbox"/> Pós-graduação completo
Você trabalha? 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	
Qual é a sua ocupação?	
0 <input type="checkbox"/> Do lar 1 <input type="checkbox"/> Aposentada(o) 2 <input type="checkbox"/> Emprego formal 3 <input type="checkbox"/> Emprego informal 4 <input type="checkbox"/> Estudante/estagiário	
5 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
Qual é aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?	
_____ reais	
Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? ____	
Possui auxílio social:	
0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Bolsa família 2 <input type="checkbox"/> Aluguel social 3 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino	

ANEXOS

ANEXO A

CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO-RO


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA


CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Orlando José de Souza Ramires,

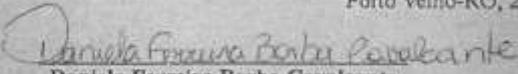
Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA", pela pesquisadora Daniela Ferreira Borba Cavalcante, sob orientação da Professora Dr.^a Maria Helena do Nascimento Souza, com o seguinte objetivo: Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde da criança menor de dois anos do município de Porto Velho-RO.

Será necessário o acesso às Unidades de Saúde da Família, aos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família do Município de Porto Velho e aos responsáveis pelas crianças menores de dois anos para coleta de dados. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de trabalhos científicos em anais de eventos e de artigos científicos.

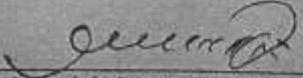
Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Secretário Municipal de Saúde, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Porto Velho-RO, 23 de abril de 2018.


Daniela Ferreira Borba Cavalcante
 Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto

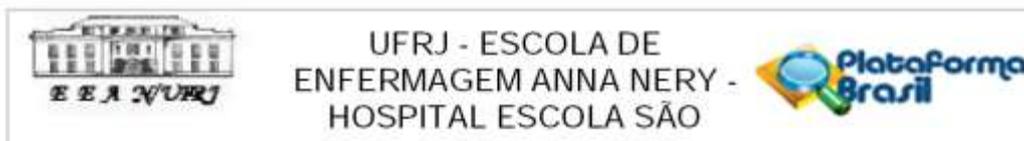
Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação


Orlando José de Souza Ramires
 Secretário Municipal de Saúde de Porto Velho/RO

Orlando José de Souza Ramires
 Secretário Municipal de Saúde SEMUSA

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA

Pesquisador: Daniela Ferreira Borba

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89898918.6.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.690.848

Apresentação do Projeto:

O projeto "Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde da criança em Porto Velho, Rondônia" constitui-se em uma investigação que dará subsídios à tese de doutoramento de Daniela Ferreira Borba Cavalcante na linha de pesquisa "Enfermagem e Saúde Coletiva", do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Saúde Coletiva. Reflete inicialmente sobre sua proximidade com o campo da Saúde da Criança onde esteve inserida desde seus estudos de graduação em Enfermagem através do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) em projetos sobre o aleitamento materno e a avaliação da assistência ao pré-natal. Depois da graduação, teve oportunidade de participar do Programa de Pré-natal, da Coordenadoria Estadual de Saúde da Mulher, atuação que se continuou com seu ingresso na carreira docente. Nessa trajetória, foi percebendo a necessidade de aprofundar os conhecimentos nesse campo. O projeto está bem elaborado fundamentado em uma extensa e suficiente revisão bibliográfica, com títulos de diversas natureza e procedência, sobre a saúde da criança e a APS, o que permitiu perceber importância do impacto dessa estratégia na saúde da criança. Desse modo, elege como objeto de estudo "a avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais e familiares/cuidadores de crianças menores de dois anos assistidas pela ESF do município de Porto Velho-RO". A investigação será do tipo transversal, avaliativo, de natureza quantitativa e terá como campo de pesquisa as Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Porto Velho-RO, num total de totalizando 17 unidades e 58 equipes de saúde da família. Os participantes previstos

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

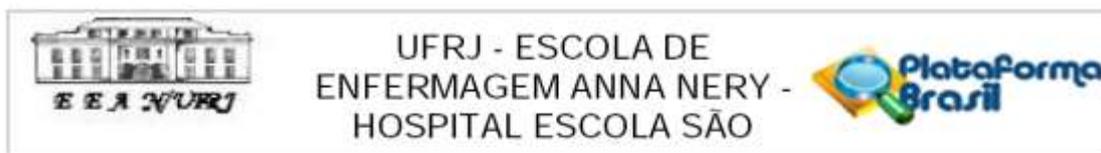
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanheta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.690.848

nessa investigação serão os 58 enfermeiros e 58 médicos que prestam atendimentos às crianças menores de dois anos, e 315 responsáveis das 4042 crianças menores de dois anos, que comparecerem para o atendimento das unidades de saúde da família. A pesquisa será realizada em duas etapas: entrevistas e a aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool).

Os critérios de inclusão e exclusão de participantes nas categorias assinaladas estão clara e corretamente indicados.

Objetivo da Pesquisa:

Primários:

- "Avaliar a presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde da criança menor de dois anos do município de Porto Velho-RO."

Secundários:

- Identificar os atributos da atenção primária à saúde na assistência prestada às crianças menores de dois anos de idade, na perspectiva dos profissionais das unidades de saúde da família;
- Identificar os atributos da atenção primária à saúde presentes no atendimento recebido na unidade saúde da família, na perspectiva dos familiares/cuidadores das crianças menores de dois anos de idade;
- Analisar a efetividade do cuidado à saúde da criança por meio da incorporação dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais e familiares/cuidadores das crianças menores de dois anos de idade."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A pesquisadora avalia que seu estudo pode ser classificado como de risco mínimo, diante do desconforto ou constrangimento durante a coleta de dados. Informa que em caso de necessidade a pesquisa será interrompida e sua continuidade vai depender da permissão do participante.

Benefícios

Os benefícios estão relacionados à produção de conhecimento, produzindo "informações por meio de uma fonte externa de avaliação da APS e dados atualizados sobre a atenção integral à saúde da criança, sobretudo às menores de dois anos" possibilitando o aperfeiçoamento do processo de atenção à saúde da criança nas diversas dimensões. Prevê ainda outros benefícios relacionados à gestão da APS, ao ensino de enfermagem entre outros.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

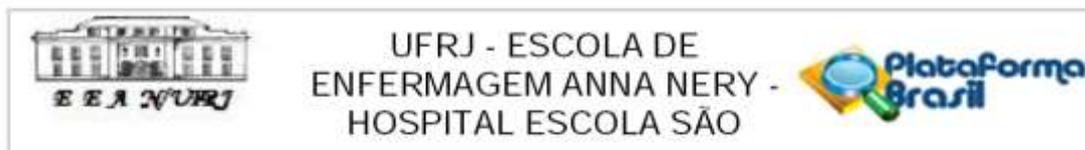
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhsta@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.090.848

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se cuidadosamente elaborado, expondo a proposta de investigação relevante para o desenvolvimento do SUS local e nacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado

Recomendações:

- A redação da avaliação de risco deverá estar redigida no projeto e no TCLE da mesma forma. Retirar do TCLE a informação de que o participante será "encaminhada para um serviço de apoio psicológico, se assim desejar". Informar que a coleta de dados será interrompida em caso de desconforto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 (cinco) anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275				
Bairro: Cidade Nova		CEP: 20.211-110		
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO			
Telefone: (21)3938-0962		E-mail: cepeeanhesa@eean.ufrj.br		



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 2.690.848

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1136312.pdf	17/05/2018 22:21:40		Aceito
Outros	CurriculoDaniela.pdf	17/05/2018 11:50:32	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	17/05/2018 11:48:29	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODANIELA.pdf	17/05/2018 11:46:41	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Outros	anuencia.pdf	17/05/2018 10:59:53	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/05/2018 15:04:28	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Outros	PCATool_VERSAO_PROFISIONAL.docx	15/05/2018 21:14:31	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Outros	PCATool_VERSAO_CRIANCA.docx	15/05/2018 21:12:26	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_PERFIL_RESPONSAVEL_PELA_CRIANCA.docx	15/05/2018 21:11:03	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_PERFIL_PROFISIONAL_AIS.docx	15/05/2018 21:10:11	Daniela Ferreira Borba	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/05/2018 20:54:54	Daniela Ferreira Borba	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/05/2018 20:54:23	Daniela Ferreira Borba	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Junho de 2018

Assinado por:
REGINA CÉLIA GOLLNER ZEITOUNE
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesa@eean.ufrj.br

ANEXO C: Questionário aplicado aos responsáveis de crianças menores de dois anos-PCATool - Versão Criança (BRASIL, 2010)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança A - GRAU DE AFILIAÇÃO	
<p>A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você <u>geralmente leva</u> o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é <u>mais responsável</u> pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO</p> <p>AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5). - Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5). - Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5). 	
<p>A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____</p> <p>_____</p>	
<p>Esclareça ao entrevistado que:</p> <p>A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):</p> <p>A5 - _____</p> <p style="text-align: center;">("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)</p>	

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

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

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

D - LONGITUDINALIDADE

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

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

Continua...

Continuação

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

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

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					
J3 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4 - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D

Questionário a ser aplicado aos profissionais – PCATool – Brasil Versão Profissional (BRASIL, 2010)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais					
A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

B - LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (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
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (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
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Continua...

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.					
Entrevistador pergunta: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E

QUADRO 3– Descrição das perguntas do questionário a partir de cada atributo da Atenção Primária à Saúde

Atributos da APS	Descrição das perguntas a partir de cada atributo
A - Acessibilidade	As perguntas são sobre horário e dias de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, incluindo final de semana e período noturno; questiona se quando o serviço de saúde está fechado se há alguma pessoa para atender o paciente caso adoeça; se o serviço oferece aconselhamento rápido pelo telefone quando os pacientes julgarem necessários; se possui facilidade para o paciente de agendar consulta no serviço; e se em média o paciente necessita esperar mais de 30 minutos para ser atendido pelo médico ou enfermeiro.
B - Longitudinalidade	Pergunta se os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico e/ou enfermeiro; se as perguntas e respostas dos pacientes e dos profissionais de saúde que os atende são entendidas por ambos; se o paciente pode telefonar para falar com médico e/ou enfermeiro que os conhece melhor; se os profissionais dão tempo suficiente para os pacientes falarem dos seus problemas e/ou preocupações e se eles julgam que os pacientes se sentem confortáveis para falarem; os profissionais conhecem bem o paciente, incluindo histórico de saúde, medicamentos, emprego, com quem mora e se sabem quais problemas são mais importantes para os seus pacientes.
C - Coordenação (integração dos cuidados)	Pergunta se o profissional de saúde tem conhecimento de todas as consultas que os pacientes fazem a especialistas; se discute com os pacientes diferentes serviços especializados quando eles necessitam de encaminhamento; se alguém os ajuda marcar a consulta encaminhada; se fornece algo escrito quando os pacientes são encaminhados; se recebe informações úteis do especialista ou serviço especialista que o paciente foi encaminhado; e se o profissional de saúde conversa com o paciente sobre os resultados da consulta com o especialista.
D - Coordenação (sistema de informações)	Pergunta se os profissionais de saúde solicitam que seus pacientes levem para eles registros médicos anteriores; se permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem; e se os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis durante a consulta.
E - Integralidade (serviços disponíveis)	Pergunta se os pacientes têm necessidade de alguns serviços se pode obtê-los no próprio serviço de saúde, como: aconselhamento nutricional, imunizações, tratamento dentário, verificação de benefício ou assistência social, planejamento familiar, cuidados pré-natais, sutura de corte, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, dentre outros serviços.
F - Integralidade (serviços prestados)	Pergunta se faz aconselhamentos sobre: sono e repouso, segurança no lar, uso de cinto de segurança, maneiras de lidar com conflito, exercícios físicos apropriados, se orienta como guardar com segurança a arma de fogo, caso alguém tenha na família; prevenção de queimaduras, quedas, colesterol, dentre outros.
G - Orientação Familiar	Se o profissional de saúde pergunta para seus pacientes quais ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado; se pergunta o histórico de doenças na família; e se o profissional está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar.

H- Orientação Comunitária	Pergunta se alguém do serviço realiza visitas domiciliares; se o serviço tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende; se o serviço ouve opiniões e ideias da comunidade sobre melhorias do serviço; se faz pesquisas para saber se o serviço está atendendo as necessidades e para identificar problemas de saúde na comunidade; e se há presença de usuários no Conselho Local de Saúde.
----------------------------------	---

Fonte: Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PrimaryCareAssessment Tool. Ministério da Saúde, 2010.