



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATÁLIA ARRAIS ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CRIANÇAS PREMATURAS SOB A ÓTICA
DOS CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

FORTALEZA

2019

NATÁLIA ARRAIS ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CRIANÇAS PREMATURAS SOB A ÓTICA
DOS CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus de Fortaleza, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Promoção à saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Cavalcante Martins

Co-orientadora: Profa. Dra. Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A311a Albuquerque, Natália Arrais.
Avaliação da Atenção Primária às crianças prematuras sob a ótica dos cuidadores e profissionais da saúde / Natália Arrais Albuquerque. – 2020.
95 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Mariana Cavalcante Martins.
Coorientação: Profa. Dra. Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Nascimento prematuro. 3. Estudos de avaliação. I. Título.
CDD 610.73
-

NATÁLIA ARRAIS ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CRIANÇAS PREMATURAS SOB A
ÓTICA DOS CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração em Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em ___/___/_____

Prof^a. Dr^a. Mariana Cavalcante Martins (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante (Co-orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Fabiane do Amaral Gubert
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Adria Marcela Vieira Ferreira
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB

Prof^a Dr^a Eveline Pinheiro Beserra (Membro Suplente)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Dedico este trabalho a Deus, à minha família, que são os meus pilares e a todas as crianças prematuras, que são o foco deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que é o soberano e o princípio de tudo, fonte de toda bondade e misericórdia, e o seu infinito amor tem me dado força, esperança e me motivado a prosseguir, independente das circunstâncias.

À minha mãe Stela, que desde o meu nascimento mostrou sua força ao enfrentar duras batalhas, tornou a sua vida um exemplo para a minha e sempre foi meu alicerce. Seus ensinamentos, seu amor incondicional, suas advertências nas horas certas me fizeram ser quem sou e por isso te dedico essa vitória.

À minha filha Isabelle, a maior amor da minha vida, a melhor parte de mim, que com sua doçura, seu apoio, sua visão positiva para tudo, me fez caminhar até aqui com mais leveza. Obrigada, por me ensinar sobre o verdadeiro sentido da vida e conhecer o maior que existe!

Ao meu pai José Carlos, que mesmo não estando tão perto como eu gostaria, de longe torceu pela minha felicidade e para que eu concluísse os projetos da minha vida.

Ao meu irmão Stênio, que com sua genialidade, seus incentivos, suas ideias e soluções nos momentos difíceis e, principalmente, seu otimismo, me mostraram que eu chegaria lá.

Ao meu noivo André, que sempre foi amigo e companheiro, me apoiou em todos os momentos, me deu motivos para buscar o crescimento e o sucesso desta missão e teve paciência e compreensão nos meus momentos de rabugice.

Aos meus queridos amigos, Gleiciany, Leonnardo, Aline, Aninha, Amanda, Patrícia e muitos outros, que tanto me incentivaram, colaboraram com ideias, me animaram nos momentos de desesperança, me ajudaram a transpor algumas dificuldades, me deram força e me fizeram ver que eu era capaz.

Aos preciosos colegas que este programa de mestrado me deu a imensa honra de conhecê-los e poder compartilhar de muitos momentos alegres, descontraídos e até mesmo os momentos difíceis tornaram-se mais fáceis juntos a todos vocês!

À minha orientadora Mariana, que teve uma enorme paciência comigo, me acalmou nas horas de desespero, compartilhou o seu conhecimento e se mostrou mais que uma professora para mim, me ajudando a superar todos os obstáculos.

Aos demais membros da presente banca, Prof^a Dr^a Fabiane do Amaral Gubert, Profa. Dra. Adria Marcela Vieira Ferreira e Prof^a Dr^a Eveline Pinheiro Beserra, por terem aceitado o convite e pela valorosa contribuição com esta pesquisa. Gratidão e respeito!

A todo o corpo de docentes, funcionários e coordenadores do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela disposição, colaboração e pelo maravilhoso conhecimento compartilhado.

À Universidade Federal do Ceará por ter sido a minha casa durante minha formação profissional na graduação e que eu tive a imensa honra de retornar para cumprir mais esta missão, contribuindo para a minha evolução profissional e aperfeiçoamento das práticas de trabalho.

RESUMO

O cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos grandes desafios para reduzir os índices de mortalidade por prematuridade, no Brasil. Apesar da importância do acompanhamento aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade, a articulação desse cuidado, ainda é tímida e frágil, sendo o seguimento destes bebês realizado quase que predominantemente em nível hospitalar. Sendo que, a garantia dos resultados e da qualidade da atenção está associada a presença dos atributos da atenção primária à saúde. A escolha por essa temática e a relação APS *versus* Prematuridade, foi, principalmente, decorrente da minha experiência como enfermeira, na Estratégia Saúde da Família, onde os Cuidados Primários em Saúde são ofertados às crianças prematuras de forma fragmentada, com pouca inserção destes na Atenção Básica. Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a atenção às crianças prematuras, na Estratégia Saúde da Família, sob a percepção dos cuidadores e dos profissionais da saúde, em um município de pequeno porte, do interior do Ceará. Pesquisa avaliativa, transversal, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em Senador Pompeu, utilizando a amostra de 28 cuidadores de crianças prematuras, nascidas em 2018, e a amostra de 14 profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista individual, com a aplicação do instrumento, já validado, *PCATool-Brasil*, realizadas nos domicílios ou em serviços de saúde. A análise se deu por meio de cálculo de escore para cada atributo, teste de associação e Comparação entre k grupos. O perfil dos cuidadores/familiares prevaleceu o sexo feminino, predominantemente as próprias mães, com baixo nível de escolaridade e socioeconômico. Os atributos Coordenação – integração de cuidados e Orientação Familiar apresentaram baixos escores, na visão dos familiares ou cuidadores. Na perspectiva dos profissionais de saúde, todos os atributos, Longitudinalidade, Coordenação- Integração de cuidados e Orientação familiar foram avaliados de forma favorável, contradizendo a opinião dos familiares ou cuidadores. O atributo Orientação Familiar apresentou associação significativa com o nível de escolaridade dos entrevistados. Destarte, revelou-se a fragilidade nos serviços de atenção à saúde da criança prematura, indicando a necessidade de melhorar as práticas assistenciais produzindo melhores resultados no cuidado à criança prematura.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Nascimento prematuro; Estudos de avaliação.

ABSTRACT

The proper care for newborns has been a major challenge to reduce premature death rates in Brazil. Despite the importance of monitoring the newborn in all levels of complexity, the articulation of this care is still timid and fragile, and the follow-up of these babies almost done predominantly in hospitals. Since the guarantee of the results and the quality of care is associated with the presence of the attributes of primary health care. The choice of this theme and APS versus Prematurity ratio was mainly due to my experience as a nurse in the Family Health Strategy, where the Primary Health Care are offered to the premature children in a piecemeal fashion, with little insertion thereof in Primary. Therefore, objective of this research was to evaluate attention to the premature children in the Family Health Strategy, under the perception of caregivers and health professionals, in a small city, the interior of Ceará. Search evaluative, cross with a quantitative approach. The study was conducted in Senador Pompeu, using a sample of 28 caregivers of premature infants born in 2018, and the sample of 14 health professionals of the Family Health Strategy. Data collection was conducted through individual interviews with the application of the instrument, already validated, PCATool-Brazil, conducted in households or health services. The analysis was done by means of score calculation for each attribute, and the association test Comparison of k groups. The profile of caregivers / family members that females prevailed, predominantly their mothers with low educational level and socioeconomic. The Coordination attributes - integration of care and Family Guidance scored low in view of family members or caregivers. From the perspective of health professionals, all attributes, longitudinality, Coordenação- Integration care and family guidance were evaluated favorably, contradicting the opinion of family members or caregivers. The Family Guidance attribute significantly associated with the level of education of the respondents. Thus, it proved the fragility in the health care services of premature child, indicating the need for improve care practices producing better results in the care of premature infant.

Descriptors: Primary Health Care; Premature Birth; Evaluation Studies

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Atributos essenciais e devirados (STARFIELD, 2012)	30
Figura 2: Mapa do município de Senador Pompeu - CE	33
Figura 3: Descrição da estratificação do escore (menor/ maior que 6,6) dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras em relação aos atributos avaliados.	46
Figura 4: Descrição da estratificação dos escores (menor/menor que 6,6) dos profissionais de saúde em relação aos atributos avaliados.	50
Figura 5: Comparação dos escore médio entre os familiares ou cuidadores e os profissionais de saúde, com relação aos atributos avaliados.	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras, SP, 2019.	40
Tabela 2 – Características em relação ao grau de Afiliação (A) dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras.....	41
Tabela 3: Distribuição de respostas n (%) dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras, em relação ao atributo Longitudinalidade (D)	42
Tabela 4: Distribuição de respostas n (%) dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras, quanto ao atributo Coordenação- integração de cuidados (E).	43
Tabela 5 - Distribuição de respostas n (%) dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras quanto ao atributo Orientação familiar (I)	44
Tabela 6 - Valores médios, desvios padrões, intervalos de confiança e estratificação do escore, dos atributos analisados no estudo, por familiares ou cuidadores de crianças prematuras.	45
Tabela 7 - Características sociais, escolaridade e atuação na ESF dos profissionais de saúde.	46
Tabela 8 - Distribuição de respostas dos profissionais quanto ao atributo Longitudinalidade (B).	47
Tabela 9 - Distribuição de respostas dos profissionais quanto ao atributo Coordenação - integração de cuidados (C).	48
Tabela 10 - Distribuição de respostas dos profissionais quanto ao atributo da Orientação familiar(G).	49
Tabela 11 - Valores médios, desvios padrões, intervalos de confiança e estratificação do escore, dos atributos analisados no estudo, por profissionais.....	50
Tabela 12 - Comparação do escore médio dos atributos dos profissionais em relação ao tempo na ESF e no município.....	51
Tabela 13 - Comparação do escore médio dos familiares ou cuidadores e profissionais em relação aos atributos avaliados.	51

Tabela 14 - Distribuição do resultado da classificação do escores dos familiares ou cuidadores e profissionais em relação aos atributos avaliados 52

Tabela 15 - Distribuição do resultado da classificação do escores dos atributos em relação à escolaridade e faixa etária, avaliando os familiares ou cuidadores e profissionais. 53

Tabela 16 - Comparação do escore médio dos atributos em relação à escolaridade e faixa etária 54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CMS – Centro Multidisciplinar de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DNV – Declaração de Nascido-vivo

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de desenvolvimento Humano

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PCATool – *Primary Care Assessment Tool*

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RN – Recém-nascido

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

USF – Unidade de Saúde da Família

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo geral	21
2.2. Objetivos específicos	21
3. REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1. Contextualizando a Atenção Primária à Saúde e relação com a prematuridade	22
3.2. Avaliação da atenção primária no Brasil: <i>Primary Care Assessment Tool –PCATool-Brasil</i>	26
4. METODOLOGIA	32
4.1. Tipo de estudo	32
4.2. Local da pesquisa	32
4.3. População	33
4.3.1. População: Cuidadores de crianças prematuras	34
4.3.2. População: Profissionais de Saúde.	35
4.4. Coleta de dados	35
4.4.1. Instrumento de Coleta de dados	36
a) <i>PCATool-Brasil</i> versão criança	36
b) <i>PCATool-Brasil</i> versão profissionais	37
4.5. Análise dos dados	37
4.6. Aspectos éticos	39
5. RESULTADOS	40
5.1. Características sociodemográficas e atributos da atenção primária dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras.	40
5.2. Características e Atributos da Atenção Primária avaliados pelos profissionais de saúde.	46
6. DISCUSSÃO	55
6.1. Perfil dos participantes do estudo	55
6.2. Grau de afiliação dos cuidadores com os serviços de saúde existentes e o atributo Longitudinalidade	56
6.3. Avaliação do atributo Coordenação da Atenção – Integração de cuidados	58
6.4. Avaliação do atributo Orientação Familiar	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A	75
APÊNDICE B	76

	12
APÊNDICE C	79
ANEXO A - PCATool - Brasil versão Criança	81
ANEXO B - PCATool - Brasil versão Profissionais	86
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética	92

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade, definida como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana de gestação (DAMASCENO *et al.*, 2014), se constitui no maior fator de risco para o recém-nascido adoecer e morrer, não apenas imediatamente após o nascimento, mas também durante a infância e na vida adulta. Os prejuízos extrapolam o campo da saúde física e atinge as dimensões cognitivas e comportamentais, tornando esse problema um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea (LEAL *et al.*, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em relatório de 2012, estima-se que 15 milhões de bebês nascem prematuramente, ou seja, antes das 37 semanas de gestação, perfazendo mais de 10% de todos os nascimentos. A OMS coloca, ainda, o Brasil como o décimo país do mundo com maior número absoluto de nascimentos pré-termo, com estimativa para a prevalência de prematuridade no Brasil de 9,2% (OMS, 2012).

E esse percentual vem aumentando de acordo com os dados publicados em 2016, a pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento* informa que o excesso de intervenções obstétricas e o baixo uso de boas práticas na atenção ao parto permanecem no Brasil, revelando que a taxa de prematuridade brasileira (11,5%) é quase duas vezes superior à observada nos países europeus, sendo 74% desses prematuros tardios (34 a 36 semanas gestacionais) (LEAL *et al.* 2016).

A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. No Brasil, 7,2% dos nascidos vivos foram pré-termo em 2010, variando entre 5,6% e 8,2% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,8% foi pós-termo. Vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no País, como Rio de Janeiro (12%) e Pelotas (16%), o que tem sido fonte de grande preocupação (BRASIL, 2014a).

Diante desse contexto, ressalta-se que 70% das mortes no primeiro ano de vida correspondem à mortalidade neonatal (mortes até 28 dias de vida); contudo, o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir tais índices em nosso país. Há evidências de que o componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implicando, portanto, na necessidade de acompanhamento por parte dos profissionais de

saúde em todo ciclo gestacional, atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011a).

No Brasil, os números revelam que, a cada 30 segundos, um bebê morre em consequência do parto antecipado ou deixa sequelas psicológicas permanentes para os pais e pode acarretar sequelas de saúde para os bebês (EBC, 2016). Para tanto, apesar da importante queda da mortalidade infantil no Brasil, durante a última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (27 dias a 1 ano de vida), os índices, ainda elevados, são um grande desafio para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo (BRASIL, 2004).

Um estudo, realizado em Fortaleza-Ceará, analisou os determinantes associados à mortalidade e morbidade neonatal, revelando que a prematuridade encontra-se em segundo lugar, como fator preditor da mortalidade neonatal (NASCIMENTO, 2012).

Diante dos índices evidenciados, vale ressaltar que no Brasil, foi através da promulgação da Constituição de 1988, que fixou as bases legais para a organização de Sistema Único de saúde (SUS), com adoção dos princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social, que ocorreu a reestruturação dos serviços de modo a promover uma atenção integral e garantir que as ações básicas fossem estendidas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Esse processo corroborou com a formulação do Programa Saúde da Família, que foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Para o fortalecimento da APS, a partir dos anos 90, surgiu a vertente de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o propósito de substituir o modelo hierárquico, onde a conformação dos níveis de saúde eram representados por uma pirâmide, separada por níveis de complexidade, pela organização poliárquica do sistema, rompendo com as relações verticalizadas, através da integração dos diferentes pontos de atenção, onde todos são igualmente importantes, diferenciados apenas pelas densidades tecnológicas que os

caracterizam. Nesse modelo de RAS, seu centro de comunicação situa-se na APS (MENDES, 2015).

Posteriormente, a adesão à Saúde da Família como Estratégia, fortaleceu a APS, no Brasil, tornando-se mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, devendo estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No âmbito da atenção à saúde da criança, esse foi um período marcado pelo reconhecimento do Ministério da Saúde (MS), quanto à necessidade de modificações nos modelos de atenção ao parto e nascimento no Brasil, contribuindo para a reestruturação da atuação política e técnica da Saúde da Criança no País (BRASIL, 2017a).

A partir dos anos 2000, houve a inclusão da atenção obstétrica e neonatal como políticas de saúde, aliado a consolidação da humanização como uma política do SUS. Nesse cenário, foi lançada a Rede Cegonha (RC), em 2011, como uma das cinco redes prioritárias nas políticas de saúde para o País, reforçando o comprometimento do Ministério da Saúde com a pesquisa de boas práticas na gestão e na Atenção Obstétrica e Neonatal, reavaliando os processos de cuidado em maternidades brasileiras (BRASIL, 2017a).

A Rede Cegonha tem o objetivo de garantir boas práticas de atenção, fundamentadas em evidências científicas e nas concepções de humanização, enfatizando atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, atenção à criança, com a proteção do seu nascimento, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011c).

Posteriormente, objetivando organizar a Atenção a Saúde Neonatal com o intuito de garantir acesso, acolhimento e resolutividade, priorizando ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal, possibilitando o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade, através da garantia de acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, foi estabelecida a Portaria nº 930, em 2012, definindo diretrizes e objetivos para a Atenção Integral ao Recém-nascido grave ou potencialmente grave (BRASIL, 2012b).

No contexto da prematuridade, a assistência indicada é o Método Canguru; visando uma mudança de postura ao abordar o recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização, considerando, entre outras coisas, no reconhecimento do contato pele a pele precoce, oferecido pela “Posição Canguru”, com evidências científicas de redução da dor

durante procedimentos e aumento da duração do sono profundo, contribuindo, portanto, para o desenvolvimento cerebral e sua recuperação (BRASIL, 2017a).

O Método canguru, é abordado em três etapas, sendo a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio. Após a alta hospitalar, o Ministério da Saúde propõe a participação da Atenção Básica (AB) em conjunto com o hospital, por meio da atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Visita Domiciliar (BRASIL, 2013).

Durante a terceira etapa, a qual se inicia com a alta hospitalar, é fundamental a assistência ambulatorial criteriosa do bebê e de sua família (BRASIL, 2011b), com seguimento nas unidades básicas de saúde e no domicílio, por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família, devendo receber apoio matricial para essa atuação. No entanto, a equipe hospitalar de origem, frequentemente, não consegue assegurar que o método seja realizado após a alta hospitalar. Isto posto, a coparticipação com os agentes comunitários e com médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família pode representar um grande passo nessa direção (BRASIL, 2014a).

Estudo realizado em Joinville, intitulado “O seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método Canguru”, identificou a dificuldade dos profissionais da AB em dar continuidade aos cuidados Canguru, atuando na terceira etapa do método. Relacionando-a ao limitado conhecimento dos profissionais e destacando a frágil comunicação entre o hospital e a UBS (AIRES *et al*, 2015).

Confirmando, por conseguinte, que a articulação dos cuidados entre os diversos níveis de saúde ainda é tímida, sendo o seguimento destes bebês realizado quase que predominantemente em nível hospitalar. Os estudos indicam a necessidade de investir na AB para o atendimento dos bebês pré-termo e /ou de baixo peso (CUSTÓDIO *et al.*, 2013).

Desse modo, a Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) objetiva resolver 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; coordenando e ordenando os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS (MENDES, 2011); e responsabilizando-se pela saúde da população usuária que está adstrita às equipes de Estratégia Saúde da Família

(ESF). Dessa forma, tornando possível a organização do SUS em redes com uma APS capacitada a desempenhar bem essas três funções (MENDES, 2015).

Isto posto, a Atenção Primária à Saúde é definida como um conjunto de valores, princípios, orientando um conjunto indissociável de elementos estruturantes (atributos) do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural, onde os quatro primeiros são os atributos essenciais e os três últimos são atributos derivados (BRASIL, 2010).

De acordo com Mendes (2015), a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a executar os seus sete atributos e operacionalizá-los. Somente dessa forma, haverá uma APS de qualidade.

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos, especialmente na atenção pré-natal, na puericultura, no cuidado domiciliar e na atenção à pessoa idosa (MENDES, 2012, p. 60).

Em continuidade, Mendes (2015) afirma ainda que há evidências robustas sobre os resultados positivos da Atenção Primária à Saúde (APS), na literatura internacional, a partir de numerosos estudos realizados, em grande número de países e regiões; os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados, organizados a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, impactando significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes, apresentando menores custos; mais equitativos, atuando positivamente sobre grupos e regiões mais pobres; e de maior qualidade, pois enfatizam a promoção da saúde e a prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.

Segundo Mendes, 2012, p.60,

Um estudo clássico associou a APS com resultados sanitários em 11 países desenvolvidos e permitiu verificar que os países, com baixo escore para a APS, obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação aos indicadores da saúde infantil.

Interligando a prematuridade com a atenção primária, Aires *et al* (2015), apresenta uma inquietação com o mesmo foco da presente pesquisa, no qual responderam a seguinte pergunta: *Quais as percepções dos profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica*

acerca de sua participação no seguimento ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso egresso da unidade neonatal e à sua família? No qual detectaram que bebê pré-termo ainda é um mistério para os profissionais da atenção básica, e que se sentem muitas vezes desamparados e despreparados para atender esta clientela, não favorecendo a atenção e o cuidado necessário.

Assim, julga-se pertinente aprofundar essa relação, Atenção Primária *versus* prematuridade com intuito de aprimorar essa perspectiva; Starfield (2002, p. 67) afirma que “*a capacidade de medir os aspectos importantes da atenção primária torna possível estabelecer metas para alcançá-los e medir sua obtenção*”.

Starfield (2002) afirma também que, em uma perspectiva do conceito de qualidade da atenção, cita quatro aspectos importantes na consideração e avaliação dos serviços de atenção primária: capacidade do recurso, prestação de serviços, desempenho clínico e avaliação do estado de saúde.

Considerando a importância de avaliação dos serviços da atenção primária, o Ministério de Saúde, no Brasil, adotou o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*), já validado em outros países e que passou a ser chamado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil, após adaptá-lo à realidade brasileira e validá-lo no Brasil (BRASIL, 2010).

A aplicação do instrumento PCATool-Brasil possibilita a reafirmação ou reformulação das ações de APS, com base na mensuração dos atributos Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Coordenação da atenção, Integralidade, Orientação familiar, Orientação comunitária e Competência cultural, através de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados (BRASIL, 2010).

A inquietação pela temática “atenção primária e sua associação com o prematuro”, originou os questionamentos para a realização desse estudo, e que foram respondidos através da avaliação dos atributos essenciais (Longitudinalidade e Coordenação – integração de cuidados) e o atributo derivado (Atenção à saúde centrada na família - orientação familiar).

Considera-se que o atributo da longitudinalidade faz alusão ao estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes, pensando na família como o sujeito da atenção. (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013; ARAÚJO et al, 2014).

A Coordenação da atenção se refere ao desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços (STARFIELD, 2002, p.367).

Por sua vez, a Orientação familiar é um atributo derivado que requer valorizar a família como o sujeito da atenção, considerando as necessidades de saúde no contexto familiar (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; REICHERT, et al, 2016).

Logo, julgou-se necessário analisar a presença e extensão dos atributos já mencionados na atenção à saúde da criança, pois contribuem para tornar a atenção à saúde infantil mais efetiva (ARAÚJO et al, 2014).

Para tanto, é válido ressaltar que a escolha por essa temática e essa relação APS *versus* Prematuridade, foi além do que foi mencionado por pesquisas; foi também decorrente da minha experiência como enfermeira, na Estratégia Saúde da Família, onde os Cuidados Primários em Saúde são ofertados às crianças, principalmente, através da puericultura e imunização, ainda de forma fragmentada; e, muito embora, saibamos da importância de uma atenção integral, longitudinal e que a APS é ordenadora e coordenadora de cuidados em saúde, ao se tratar de recém-nascidos prematuros, estes normalmente são acompanhados apenas por especialistas médicos, devido às características inerentes à gravidade de sua saúde ou cultura pré-estabelecida.

Na minha atuação como Enfermeira, da Estratégia Saúde da Família, durante um período de 11 anos, numa mesma UBS, vivenciei essa toda essa dificuldade para o cuidado da criança nascida prematuramente, pois havia pouca inserção destes na Atenção Básica. Ao que se entendia, eram crianças com maior fragilidade e de acompanhamento exclusivo a nível hospitalar e especializado. Dessa forma, não havia adesão às consultas de puericultura, nem mesmo um *feedback* das consultas com especialistas.

Somado a isso, justifica-se também diante de uma elevada taxa de prematuridade, no município de Senador Pompeu (BRASIL, 2017b), município no qual foi realizada a pesquisa, com um número absoluto de 49 nascidos prematuros no ano de 2018, representando um percentual de 15,4% nesse período. Dados do IBGE de 2014 mostram que a taxa de mortalidade infantil média no município de Senador Pompeu (SP) é de 22.51 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2014). Em comparação com todos os municípios do estado, Senador Pompeu encontra-se na posição 19 de 184, com relação à mortalidade infantil no estado do Ceará. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essa posição muda para 928 de 5570

municípios em todo o país. Portanto, constata-se a partir de tais dados que o município encontra-se com altos índices de mortalidade infantil. Apresenta ainda Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equivalente a 0.619, em 2010 (IBGE, 2010). Contextualizando com a prematuridade, de acordo com BRASIL (2014), ocorreram 52 nascimentos prematuros, e morreram 5 recém-nascidos (BRASIL, 2014b), no período de 0 a 28 dias, representando 9,61% dos nascidos vivos prematuros, confirmando a relevância do objeto do presente estudo.

Diante disso, alguns questionamentos emergem: Como os bebês prematuros têm sido assistidos na rede básica de saúde, considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde? Os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família estão orientados para os cuidados com a criança prematura, considerando o contexto familiar?

Destarte, essa pesquisa torna-se relevante à medida em que apesar de existir evidências sobre os benefícios da Atenção Primária, ainda existe uma heterogeneidade da qualidade da APS, repercutindo, muitas vezes, negativamente sobre os resultados dos serviços de saúde, podendo assim viabilizar a mensuração e efetividade da atenção sobre a saúde da população, em especial dos bebês prematuros, que mediante revisão nas bases de dados *Scielo*, *Medline* e *Scopus*, utilizando os descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Recém-nascido prematuro”, “Avaliação de Programas de Saúde”, identificou-se uma escassez de estudos que realizaram avaliação da atenção primária com foco no cuidado à criança prematura, considerando os atributos essenciais (Longitudinalidade e Coordenação – integração de cuidados) e o atributo derivado (Atenção à saúde centrada na família - orientação familiar), portanto, acredita-se que a elucidação dessas questões poderá trazer importantes contribuições, para efetivar a orientação para APS dentro dos serviços de saúde, a partir da identificação dos principais problemas e proposição de possíveis soluções.

2.OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a atenção às crianças prematuras, na Estratégia Saúde da Família, sob a percepção dos cuidadores e dos profissionais da saúde, em um município de pequeno porte, do interior do Ceará.

2.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores das crianças prematuras e perfil profissional.
2. Analisar o grau de afiliação de crianças que nasceram prematuramente, nas Unidades de Saúde da Família (USF), do município em estudo.
3. Descrever a presença e extensão dos atributos essenciais (Longitudinalidade e Coordenação – integração de cuidados) e atributo derivado (Atenção à saúde centrada na família - orientação familiar) por meio do questionário *Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil* versão criança e versão profissional.
4. Comparar a qualidade da APS sob a perspectiva do cuidador de crianças prematuras e profissionais das USF.

3.REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Contextualizando a Atenção Primária à Saúde e relação com a prematuridade

Em 1920, foi divulgado o Relatório Dawson, dispendo sobre a organização do sistema de saúde, na Grã-Bretanha. Este relatório trouxe a caracterização dos serviços de saúde em três níveis (centro de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola). Essa nova disposição proporcionou, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis definidos de atenção (STARFIELD, 2002).

A produção desse documento do governo inglês teve a intenção de refutar o modelo ‘flexneriano’ americano de natureza curativa, fundamentado no biologicismo e na atenção individualizada; como, também, de tornar-se uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, demonstrando que as autoridades daquele país, inquietavam-se com o elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade de tal modelo (MATTA; MOROSINI, 2008).

No período compreendido entre os anos vinte ao final dos anos setenta, ocorreram diversos movimentos que, direta ou indireta, constituíram à APS (MENDES, 2012)

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, representou um importante marco histórico, no cenário mundial, da Atenção Primária à Saúde, que, em seguida, o documento elaborado foi ratificado na Assembleia Geral da OMS, em consenso com os países membros, em maio de 1979, determinando a meta de "Saúde para Todos no ano 2000" (MENDES, 2012).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde, foi definida como: “Cuidados essenciais à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente constatado e socialmente aceitáveis, estando ao alcance universal a indivíduos e famílias na comunidade, através da plena participação, a um custo acessível, de forma que a comunidade e o país possam manter em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autonomia. Constituindo parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Correspondendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de atenção à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

A partir desse conceito, foram definidos componentes essenciais para a atenção primária à saúde: a educação em saúde; saneamento básico; o programa de materno-infantil, abrangendo imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado a doenças mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de alimentação saudável; e valorização da medicina tradicional (MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Deste modo, a APS assumiu a concepção, pelos diversos organismos internacionais, de um pacote de serviços, ecoando um tom seletivo de intervenções de baixo custo para controle de determinados agravos, opondo-se ao Estado de Direito (RODRIGUES *et al*, 2014).

Houve, portanto, discordâncias por parte de algumas nações com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, onde o modelo era predominantemente hospitalocêntrico, dificultando o entendimento do conceito de atenção primária à saúde, a qual destacava a proximidade com as pessoas, sendo orientada para as comunidades, enfatizando as necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Em decorrência disso, existem diferentes formas de interpretar a APS: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Sendo que, esses três modelos de cuidados primários podem ser encontrados em vários países e, até mesmo, dentro de um único país (MENDES, 2012).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), o modelo de atenção seletiva que propõe um pacote de intervenções de baixo custo, objetivando o combate das principais doenças, nos países pobres, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade, intervindo apenas sobre problemas específicos, a partir de ações isoladas e paralelas.

Para Mendes (2012), a APS compreendida como o nível primário do sistema de atenção à saúde determina a forma de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, destacando a resolutividade desses serviços com relação aos problemas mais comuns de saúde, diminuindo os custos econômicos, atendendo às necessidades da população, porém, limitadas às ações de atenção de primeiro nível.

Recentemente, através de iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou uma resolução que recomenda, aos países membros, a adesão a proposições, para o fortalecimento da APS. Com o intuito de

desfazer essa visão seletiva, alguns dos diversos sistemas de saúde foram impulsionados a estabelecer a APS como um eixo estruturante de um sistema, caracterizando uma APS abrangente ou ampliada, coordenando um cuidado integral em todos os níveis de atenção; objetivando a garantia de acesso universal; legitimando a participação social; e, também, reconhecendo a necessidade de priorizar a aplicação de recursos para uma APS de qualidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; RODRIGUES *et al*, 2014).

No Brasil, a partir de 1920, observamos a instituição de diferentes modelos, em diversas regiões do país, de acordo com interesses e concepções bastante distintas, quanto a forma de dispor a APS, como a criação dos centros de saúde em 1924 que, apesar do enfoque para ações curativas e preventivas, constituíam-se a partir de uma base populacional e atuavam com educação sanitária (MATTA; MOROSINI, 2008). Contudo, foi a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, que motivou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016; GIL, 2006).

Entretanto, no contexto brasileiro, após a regulamentação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990), fundamentado nos princípios da universalidade de acesso, equidade, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e participação da comunidade, a concepção seletiva de APS, tomou nova forma e denominação, Atenção Básica à Saúde, a qual seria interpretada como uma APS mais abrangente (GIOVANELLA *et al*. 2014).

Com base em estudos, A APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde foi primordial para o funcionamento do sistema de atenção à saúde em sua totalidade e para o progresso da saúde (MENDES, 2015).

Como resultado positivo dessa estratégia, Mendes (2015), afirma que quanto maior a orientação para a APS, maior a qualidade dos sistemas de atenção à saúde, priorizando as necessidades de saúde da população, reduzindo custos com tecnologias duras com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

Trazendo para o contexto da prematuridade, durante muito tempo, o sistema de saúde no Brasil, relacionou a saúde da criança com a saúde materna, por meio da Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Somente, a partir dos anos 80, o Brasil elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), objetivando assegurar a integridade na assistência prestada à criança, no seu processo de desenvolvimento e crescimento, reduzindo a morbimortalidade das menores de 5 anos, mediante ações de

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças prevalentes e a imunização (ARAÚJO, *et al.* 2014).

Atualmente, no Brasil, a assistência à criança é trabalhada atendendo ao novo modelo de atenção humanizada à criança, seus pais e à família, respeitando-os em suas características e individualidades (BRASIL, 2011b).

Um olhar voltado para a saúde da criança e sua família proporciona a construção do cuidado integral e resolutivo e, ainda, colabora para a consolidação dos atributos na APS, sendo essencial para a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis (ARAÚJO, *et al.* 2014).

No entanto, estudos demonstram que a atenção à saúde da criança, apresenta algumas vulnerabilidades, não havendo articulação efetiva entre esse ponto de atenção e os demais, dentro da rede de saúde vigente. Desse modo, essa falta de articulação revela a não existência de uma coordenação efetiva na APS, resultando em uma atenção não resolutiva (ARAÚJO *et al.*, 2014; DAMASCENO *et al.*, 2016; SILVA, ALVES, 2018).

No Brasil, a prematuridade vem se mantendo como importante causa de mortalidade neonatal, com quase 70% de mortes no primeiro ano de vida, representando uma população de maior risco para problemas no acompanhamento, em especial, os RN prematuros de muito baixo peso ao nascer. Tornando imprescindíveis orientações padronizadas em relação ao acompanhamento ambulatorial desses RN (BRASIL, 2011a).

Com base nesses parâmetros, o cuidado adequado ao recém-nascido prematuro, tem sido um grande desafio, especialmente após a alta hospitalar, onde os cuidadores/familiares são os principais responsáveis pela manutenção dos cuidados destes. Torna-se necessária uma preparação para a alta hospitalar, envolvendo reunião com os pais, orientações e recomendações para acompanhamento a nível ambulatorial, seguindo a seguinte periodicidade: primeira consulta (7 a 10 dias após a alta); revisões mensais até 6 meses de idade corrigida; revisões bimestrais ou trimestrais de 6 aos 12 meses idade corrigida; revisões trimestrais de 13 aos 24 meses; revisões semestrais de 2 aos 4 anos; e revisões anuais dos 4 anos até a puberdade (BRASIL, 2011a).

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), trouxe uma proposta ampliada de APS, através da influência de abordagens internas e externas de cuidados primários (ARANTES.; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN; 2016).

O RN de alto risco deverá obedecer ao calendário de acompanhamento na atenção básica, somado à assistência pelo ambulatório de atenção especializada (BRASIL, 2014a). O acompanhamento da nutrição dos RN pré-termo até a idade escolar, é prioritário nos serviços de saúde, pois os problemas de nutrição dos RN pré-termo no período neonatal, têm repercussões negativas de longa duração no seu crescimento (BRASIL, 2011a).

Apesar de existir mais de 40 mil equipes de Saúde da Família atuando na atenção primária no Brasil, estudos revelam que a diversidade de modelos existentes de APS, interferem na qualidade da atenção e dos serviços prestados pelas equipes da ESF (RECH *et al*, 2018).

Destarte, a fim de construir novas políticas e redirecionar os sistemas de saúde para uma APS mais abrangente, é necessário compreender e avaliar os principais atributos da atenção primária à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

3.2. Avaliação da atenção primária no Brasil: *Primary Care Assessment Tool –PCATool-Brasil*

Sabe-se que é de extrema relevância a avaliação de políticas públicas, para acompanhar os resultados, corrigir os problemas e refletir sobre o desempenho e a efetivação das ações do Estado (SOUSA, 2018).

“A ‘qualidade da assistência’ refere-se à capacidade de resposta às necessidades de saúde da população, incluindo a compreensão dos valores culturais que orientam sua manifestação, assim como, ao acesso, enquanto um aspecto fundamental, além da prevenção de resultados indesejáveis” (AKERMAN, FURTADO, 2015, p.194).

Desse modo, Nemes (2001) afirma que, com o objetivo de mudar/aprimorar, a avaliação faz-se necessária. De tal forma, seguindo o modelo de avaliação proposto por Donabedian nos anos 60, com base em indicadores de estrutura, processo e resultado (NEMES, 2001), foi criado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*), por Starfield e colaboradores, posteriormente, adaptado a realidade brasileira e validado, recebendo o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – *PCATool-Brasil* (BRASIL, 2010).

Desse modo, devido à ausência de instrumentos para medir essas interações no contexto da APS no Brasil, o *PCATool*, validado por Starfield em 1998, viabiliza o

preenchimento desse vazio, possibilitando a medição com base na estrutura e, substancialmente, no processo de atenção em APS (BRASIL, 2010).

Em 2002 foi realizado um estudo para validação do *PCATool* versão criança no município de Porto Alegre (RS), utilizando-se da versão completa (77 ítems), após adaptação à realidade brasileira, algumas perguntas foram excluídas e/ou outras modificadas, resultando em 45 ítems para este estudo. Esse processo envolveu os seguintes passos: tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de conteúdo e construto, análise de consistência interna e confiabilidade, além dos requerimentos de escala tipo *Likert* (HARZHEIM *et al.*, 2006).

O presente instrumento contempla elementos indispensáveis para avaliação da APS descritos por Starfield (2002), classificados como Atributos Essenciais, que são: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação da atenção dentro do sistema. Além desses, existem características complementares, intituladas de Atributos Derivados, sendo elas: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural, totalizando sete atributos.

A exemplo de avaliação da atenção primária no Brasil, podemos também citar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de incentivar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS (SOUZA *et al.*, 2017). No entanto, diferente do *PCATool*, o PMAQ-AB não organiza seus instrumentos a partir de atributos da APS, o qual avalia a APS de acordo com o desempenho no cumprimento de indicadores de saúde pactuados e na averiguação de padrões de qualidade (LIMA *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

Fracolli *et al.* (2014), analisou cinco instrumentos de avaliação da APS diferentes e constatou que o que mais se adequa à proposta da Estratégia Saúde da Família é o *PCATool*. Lima *et al.* (2018) destaca que estudos embasados no *PCATool* indicam que o elevado desempenho das equipes está relacionado a maior qualidade do cuidado para problemas de saúde predominantes.

Para que haja um melhor entendimento se faz necessário descrever cada um dos sete atributos:

O acesso de primeiro contato faz referência à “porta de entrada” (STARFIELD, 2002), de forma que os serviços de saúde estejam acessíveis para a sua utilização sempre que o usuário precisar, seja em caso de adoecimento ou para acompanhamento regular de sua saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

“A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais” (STARFIELD, 2002, p. 208).

Giovanella e Mendonça (2012) afirmam que para a confirmação desse atributo existe a necessidade de encaminhamento por profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada. Para tanto, a acessibilidade é definida como local de entrada no sistema de serviços de saúde, pode ser identificada através de quatro formas: geográficas, organizacionais, socioculturais e econômicas (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Starfield (2002) enfatiza a Longitudinalidade como sendo o relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e os pacientes de longa duração, no âmbito da atenção primária, de forma que haja confiança mútua através dessa relação (BRASIL, 2010); pode ser relacionada ao acesso de primeiro contato, pois para que a formação de vínculo seja efetivada ao longo do tempo, é preciso que haja fonte regular de atenção e a sua utilização ao longo do tempo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

O relacionamento temporal pode ser questionado, pois há a possibilidade de uma relação de longa duração não estabelecer um relacionamento interpessoal satisfatório, ao passo que é possível que haja um bom relacionamento em um curto período de tempo (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

A literatura, no contexto da longitudinalidade, relaciona benefícios associados a existência de uma fonte habitual de atenção (local) e, também, quando a fonte de atenção está associada um profissional específico (STARFIELD, 2002).

O atributo, Integralidade requer que a atenção primária reconheça os problemas mais comuns da população, com vistas a disponibilizar os recursos para abordá-los (STARFIELD, 2002). Esse atributo pressupõe que apesar da unidade de APS não disponibilizar diretamente o serviço, deverá garantir, através de encaminhamento, o acesso a consultas, internações e outros serviços que sejam necessários (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A integralidade do cuidado envolve a redefinição de práticas, através do acolhimento, da formação de vínculo e fortalecimento da autonomia, valorizando as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades específicas dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo o cuidado centrado no usuário (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Dessa forma, para assegurar uma atenção integral, os serviços de atenção primária devem responsabilizar-se pela ‘coordenação’, articulando as ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas, de forma a garantir a continuidade do cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O atributo Coordenação expressa a garantia da continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que necessitam de acompanhamento constante e promove a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde (MENDES, 2015). A fim de obter uma melhor coordenação, o sistema de saúde precisa compreender o papel e responsabilidade da atenção primária, secundária e terciária, bem como formar o vínculo entre elas (CARNEIRO *et al*, 2014).

Em continuidade têm-se os atributos complementares: A atenção centrada na família determina o estabelecimento da família como o sujeito da atenção, com potencialidades para o cuidado; e a orientação comunitária pressupõe a compreensão das necessidades expressas pelas famílias, em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem (SANTOS *et al*; REICHERT *et al*, 2016).

A Competência cultural distingue a adequação do provisor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais específicas da população de forma a facilitar a relação e a comunicação com o mesmo (BRASIL, 2010).

Em geral, esses atributos estão intimamente correlacionados na prática assistencial, porém podem ser avaliados independentemente. (BRASIL, 2010) Essa classificação avaliativa da atenção primária à saúde pode subsidiar estudos que possam avaliar os serviços e sistemas de saúde, baseados na atenção primária. Além disso, é possível verificar a presença e associação entre estes atributos e os efeitos da atenção sobre a saúde da população (HARZHEIM *et al.*, 2006; BRASIL, 2010).

Ciente de que os atributos possam ser avaliados individualmente, para a presente pesquisa, após análise do instrumento, decidiu-se por utilizar dois atributos Essenciais: Longitudinalidade do cuidado e Coordenação da atenção e um atributo derivado: Orientação familiar, com intuito de atender os objetivos propostos, que serão melhor enfatizados na metodologia.

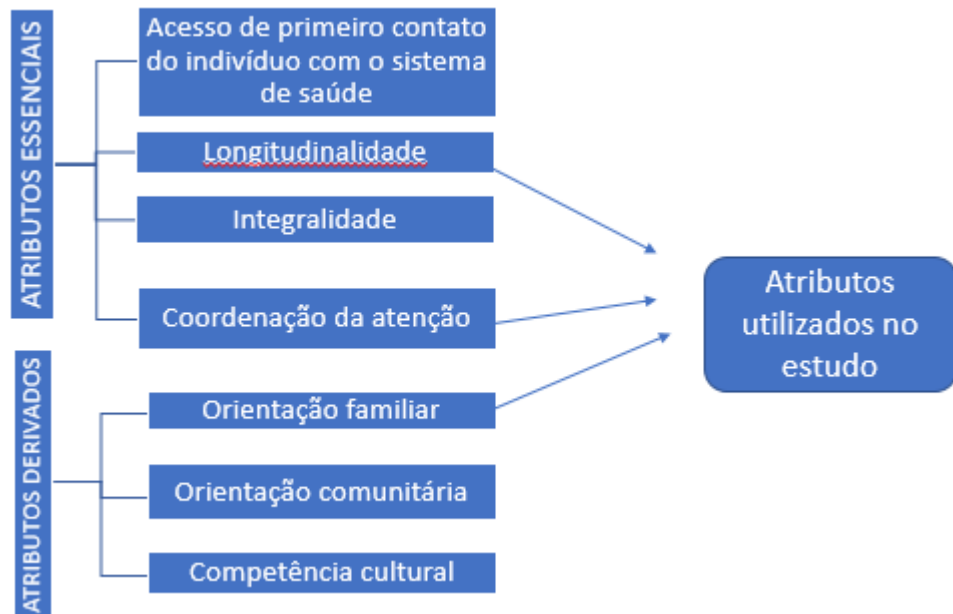


Figura 1 - Atributos essenciais e devirados (STARFIELD, 2012)

Fonte: Elaboração própria.

Em tempo, é válido ressaltar que essa ferramenta foi traduzida e utilizada pelo Ministério da Saúde, em 2010, para minorar a falta de instrumentos já validados, que mensurassem as relações entre os usuários e os profissionais dos serviços de APS, através da verificação de seus atributos essenciais e derivados. Apresentando versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e também direcionados à coordenação/gerência do serviço de saúde (AKERMAN; FURTADO; 2015; BRASIL, 2010; CARNEIRO *et al*; 2014).

O *PCATool-Brasil* é composto por três instrumentos: *PCATool-Brasil* versão Criança; versão Adulto e versão Profissionais, destinados a maiores de 18 anos, sendo os dois primeiros aplicados aos usuários, no qual os três instrumentos contêm os sete atributos listados, distribuídos em 55 itens (versão criança) e 77 itens (versão profissional): Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (não disponível na versão profissional); Acesso de Primeiro Contato – Utilização (não disponível na versão profissional); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados; Coordenação – Sistema de Informações; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados; Orientação Familiar; Orientação Comunitária.

Para tanto, este instrumento tem o objetivo de reconhecer elementos de estrutura e processo dos serviços que exigem reestruturação na procura da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

Destarte, a avaliação dos serviços de saúde no Brasil vem ganhando força no mundo das pesquisas científicas, dando espaço para as pesquisas avaliativas, com a finalidade de averiguar a extensão dos atributos essenciais e derivados para a efetividade da APS (ARAÚJO *et al*, 2014).

4.METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Para o alcance do objetivo proposto, a pesquisa tratou de um estudo avaliativo, transversal, com abordagem quantitativa.

Estudo avaliativo que é usado para descobrir como funciona um programa, prática, procedimento ou política, sendo fundamental para que a pessoa responsável possa decidir pela adoção, pela modificação ou pelo abandono da prática ou programa. Comumente, os pesquisadores dessa vertente tendem a avaliar o programa, a prática ou a intervenção presente no contexto de uma organização ou de uma política pública. (POLIT, BECK, 2011).

Ressalta-se que o *PCATool* foi elaborado e interpretado seguindo o referencial de Donabedian, pautado na tríade Estrutura-Processo-Resultado, onde a Estrutura refere-se aos recursos disponíveis, humanos, materiais e organizacionais; o Processo refere-se a interação entre profissionais e usuários e o Resultado, corresponde às consequências dos cuidados prestados (ARAÚJO *et al*, 2018).

De acordo com Hulley *et al.* (2015), no estudo transversal, todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo, e são valiosos para fornecer informações descritivas sobre prevalência. Para Vieira e Hossne (2015, p. 97), os estudos transversais “são rápidos, baratos, fáceis de serem conduzidos. [...]. Não servem para estabelecer relação de causa e efeito, mesmo que exista associação entre as variáveis – o fator eleito como causa e o presumível desfecho”.

A Pesquisa Quantitativa busca compreender como ou por que as coisas variam, considerando que as variáveis podem ser qualquer qualidade ou pessoa, grupo ou situação que adquirem valores diferentes. (POLIT, BECK, 2011). Contudo, essas pesquisas partem da proposição de contar, ordenar e medir, estabelecendo a frequência e a distribuição dos fenômenos, buscando padrões de relação entre variáveis, testando hipóteses, estabelecendo intervalos de confiança para parâmetros e margens de erro para as estimativas. (VIEIRA E HOSSNE, 2015)

4.2. Local da pesquisa

O Estudo foi realizado no município de Senador Pompeu, localizado na região do Sertão Central do Ceará e Coordenado pela Oitava Célula Regional de Saúde (8°CRES). De

acordo com o último Censo, o município possui uma população estimada em 26.469 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equivalente a 0.619, em 2010 (IBGE, 2010). O município tem como base a Estratégia Saúde da Família, onde é ofertada a APS, prestando atendimento preventivo e clínico, além de referenciar usuários para outros pontos da rede de atenção.



Figura 2 - Mapa do município de Senador Pompeu - CE

Dispõe de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), vinculadas à Estratégia Saúde da Família, e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo seis unidades situadas na zona rural e cinco na zona urbana e cada UBS é composta por uma Equipe de Saúde da Família. Compõem, ainda, a Rede de Saúde Municipal: 1 Hospital de Média Complexidade, 1 Centro Multidisciplinar de Saúde (CMS), 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Laboratório Regional de Saúde Pública (LACEN), dentre outros Equipamentos de Saúde Pública e Privada.

4.3. População

A população dessa pesquisa constitui-se por dois públicos: cuidadores de crianças prematuras e profissionais da saúde, os quais constituem os grupos de interesse da avaliação, por expressarem pontos de vistas de diferentes ângulos.

4.3.1. População: Cuidadores de crianças prematuras

Para a definição desse público, inicialmente, foi feito contato com a Coordenação da Vigilância Epidemiológica desse município, a qual disponibilizou, através do sistema local, Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC, as informações dos nascidos vivos, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2018 à 31 de dezembro de 2018, sendo um total de 49 crianças. A escolha pelo ano de 2018, se deu pelo fato do Sistema utilizado para a coleta de dados, o SINASC local, não estar atualizado no período de 2019, dependendo de atualização na base de dados de outros municípios, nos quais também nascem crianças de Senador Pompeu.

Calculou-se o tamanho amostral necessário para estimar a proporção de cuidadores com resultado igual ou superior a 6,6 no escore longitudinalidade. Para encontrar o número ideal utiliza-se a fórmula disponível em (Miot, 2011), tamanho amostral para variável qualitativa com população finita.

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

Os parâmetros para o cálculo amostral são: N é o número de RN prematuros, Z_{α} é o nível de confiança, p é a proporção de casos satisfatórios, q é a proporção de resultados casos insatisfatórios, ε é o erro máximo para determinar p .

Dessa maneira, os valores considerados no estudo são: coeficiente de confiança de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$); usando como referência o nível máximo de variabilidade para a proporção, nesse caso $p = 50\%$; por hipótese espera-se encontrar um erro máximo de $\varepsilon = 10\%$ da proporção estimada; considerando que em 2018 houveram $N=49$ RN prematuros no município.

Substituindo esses valores na fórmula acima encontramos o quantitativo amostral de 32 crianças prematuras.

Para identificação dessa amostra aplicou-se como critérios de inclusão: crianças nascidas prematuras, no período compreendido entre janeiro a dezembro de 2018; estarem cadastrados na ESF e serem acompanhados na Rede de Atenção à Saúde do município de Senador Pompeu; o respondente deve ser um familiar ou cuidador da criança (mãe, pai, avós,

tios ou cuidadores legais); ter endereço cadastrado no prontuário ou no Sistema de Informações que será utilizado (SINASC/DATASUS local).

Os critérios de exclusão foram: crianças com o endereço inexistente ou não localizado; criança que não foi atendida pela atenção primária pelo menos uma única vez; o familiar/cuidador, responsável pela criança, possuir deficiência intelectual, que o impossibilite de responder à entrevista.

Por fim, após seleção e aplicação dos critérios, a amostra final ficou de 28 crianças prematuras, pois o endereço disponibilizado no sistema não foi localizado.

4.3.2. População: Profissionais de Saúde.

A população de profissionais de saúde estudada, considerando o número de equipes vinculadas à Estratégia Saúde da Família, totalizou 22 profissionais (11 médicos e 11 enfermeiros), no município de Senador Pompeu. Destaca-se que cada Unidade de Saúde nesse município, possui apenas uma equipe.

Para reconhecimento dessa amostra utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros e médicos que estejam cadastrados no SCNES do município e vinculados à ESF, durante período da coleta de dados. E os critérios de exclusão, foram: profissionais que estejam de férias, durante o período das entrevistas; profissionais que não atendam crianças.

Após critérios de inclusão e exclusão aplicados, detectou-se médicos e enfermeiros de férias, médicos não residentes no município, que atendem uma vez por semana em distritos distantes da sede do município e médico que não atende criança. Portanto, ao final foram entrevistados 14 profissionais, dentre 10 enfermeiros e 04 médicos inseridos na APS.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de Entrevista individual, no domicílio do familiar/cuidador (mãe, pai, avós, tios ou cuidadores legais), quando se tratar de cuidadores de prematuros, utilizando-se do Instrumento *PCATool-Brasil* versão criança (ANEXO A). O endereço das crianças foi obtido através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC do município, selecionando por data de nascimento, no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018. No sistema estão digitalizadas as Declarações de Nascidos vivos (DNV), documento em que consta o endereço e a duração da gestação, o qual é

expedido para todos os Recém-nascidos residentes no município. Após dispor desses dados, foi realizado contato inicial com as equipes de saúde da família, na própria unidade de saúde, principalmente com os agentes comunitários de saúde, os quais se dispuseram a ir até o endereço cadastrado na DNV, porém, durante essa busca, foi identificado que algumas crianças não moravam mais na área, outras haviam mudado de município e 1 criança havia falecido na primeira semana de vida, ainda no hospital de referência. A coleta de dados foi realizada no período de junho à julho de 2019, tendo alcançado 28 entrevistas com os cuidadores, através de visitas domiciliares, considerando os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Para coletar os dados dos Profissionais de saúde, foi realizada Entrevista individual, utilizando o instrumento *PCATool-Brasil* versão Profissional (ANEXO B), nos serviços de saúde. Nessa etapa, o entrevistador visitou cada Unidade Básica de Saúde, a qual o enfermeiro e médico pertencem, contemplando 14 profissionais, sendo 10 enfermeiros e 4 médicos, considerando que 4 médicos não foram localizados nas unidades de saúde, após várias visitas, 2 entraram de férias e 1 médico não reside no município e só atendia no município 1 vez por semana, numa unidade na zona rural. Devido às dificuldades encontradas para entrevistar os profissionais médicos, a coleta foi finalizada com 4 profissionais.

4.4.1. Instrumento de Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados os Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool*) - *PCATool-Brasil* versão Criança e versão Profissionais (Anexos A e B, respectivamente), descritos a seguir.

Além do *PCATool- Brasil* versão criança, foram realizadas perguntas para caracterização das condições sociodemográficas, por meio de um questionário semi-estruturado, contendo as seguintes questões: idade do cuidador, sexo, estado civil, grau de parentesco, escolaridade e renda familiar (APÊNDICE A).

Para avaliar o perfil dos profissionais, criou-se um instrumento, um questionário semi-estruturado, especificando a categoria profissional, sexo, idade, escolaridade, tipo de especialização, tempo na ESF e tempo no município (APÊNDICE B).

a) *PCATool-Brasil* versão criança

Essa versão do instrumento compõe-se de 55 itens, divididos em 10 componentes e relacionados aos atributos da APS (BRASIL,2010). No entanto, para o presente estudo, foram avaliados apenas o grau de afiliação com os serviços de saúde e os atributos descritos no quadro 1, totalizando 25 ítems.

Vale ressaltar que o Grau de Afiliação não é considerado atributo da APS, mas consta de 3 perguntas as quais visam identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como orientação para os cuidados de saúde do entrevistado (BRASIL, 2010).

QUADRO 1: Distribuição dos itens por atributos e seus componentes do PCATool versão criança

ATRIBUTOS	COMPONENTES	Nº DE ITENS
Longitudinalidade		14 itens
Coordenação da Atenção	Integração de Cuidados	5 itens
Orientação Familiar		3 itens

b) PCATool-Brasil versão profissionais

Essa versão constitui-se de 77 itens, divididos em 8 componentes de acordo com o quadro abaixo, em relação aos atributos da APS (BRASIL, 2010). Para o interesse desse estudo, a avaliação foi feita apenas para os atributos do quadro abaixo, totalizando 22 ítems:

QUADRO 2: Distribuição dos itens por atributos e seus componentes do PCATool versão Profissionais

ATRIBUTOS	COMPONENTES	Nº DE ITENS
Longitudinalidade		13 itens
Coordenação	Integração de Cuidados	6 itens
Orientação Familiar		3 itens

4.5. Análise dos dados

Inicialmente foi criado banco de dados no programa *Excel*, os quais foram organizados e agrupados de acordo com os blocos de perguntas dos instrumentos utilizados na coleta de dados: atributos da APS (Grau de Afiliação, Longitudinalidade, Coordenação-Integração de Cuidados e Orientação-Familiar). Em seguida foi transcrito para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, para a execução do processamento e a submissão das análises.

Posteriormente, os escores foram calculados conforme as instruções presentes nos anexos de cada versão do PCATool, originárias do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment tool-PCATool*) (BRASIL, 2010a), atribuindo valores para as respostas de cada um dos itens, conforme descrito a seguir, baseadas em uma escala tipo *Likert*, com cinco opções de resposta: ‘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).

Com base no manual *PCATool-Brasil*, para obter o escore referente a cada atributo, designados para esse estudo, foi realizada a média aritmética simples dos valores das respostas de cada item, que compõe cada atributo ou componente, de forma a produzir um escore médio (BRASIL, 2010).

Quanto aos valores das possíveis respostas, o PCATool versão profissionais é semelhante ao PCATool versão criança, baseado na escala *Likert*, já descrito nesse estudo. No entanto, difere quanto ao cálculo dos escores. No caso do atributo Longitudinalidade, versão criança, foi efetuada a inversão de valores do item D10, ou seja, os valores foram invertidos para: 4=1, 3=2, 2=3 e 1=4 (BRASIL, 2010).

Posteriormente, a média de cada atributo foi transformada em uma escala de 0-10 conforme segue: $(\text{escore obtido}-1) \times 10/3$. Esse escore transformado tem como ponto de corte valores $\geq 6,6$, considerados satisfatórios para a extensão do atributo na APS (CHOMATAS *et al*, 2013).

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo. Os dados foram dispostos em forma de tabela. Para as variáveis categóricas foram contabilizadas as frequências e porcentagens de suas ocorrências e para as variáveis numéricas foram contabilizadas a média, mínimo, máximo, desvio-padrão e o respectivo intervalo de confiabilidade de 95% para a média.

Foi aplicado o teste de Fisher para verificar a associação entre duas variáveis nominais (variáveis que possuem respostas categóricas). O objetivo principal é verificar se o comportamento de uma variável pode ser influenciado por outra variável (Conover, 1971). Mais precisamente, se as proporções das respostas de uma variável são diferentes ou iguais em função de uma segunda variável. A hipótese em teste com essa metodologia é a seguir:

H_0 : A variável X não influencia a variável Y

H_1 : A variável X influencia a variável Y

Para a comparação entre os grupos utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, o qual é equivalente ao método ANOVA para comparação de k médias. O seu uso é aplicado quando não exigimos suposições sobre a forma e estrutura dos dados. O objetivo do teste Kruskal-Wallis é avaliar o comportamento de uma variável numérica, Y , em relação a k grupos, existem duas hipóteses a ser testada (Conover, 1971):

H_0 : Os k grupos produzem resultados equivalentes de Y .

H_1 : Os k grupos diferem entre si em relação à variável Y .

Adotou-se 5% como nível de significância, isto é, p-valor menor que 0,05 sinaliza resultado significativo a favor da hipótese H_1 . Se não, se o p-valor for maior que 0,05 conclui-se que não houve do efeito significativo, logo há indícios a favor de H_0 .

4.6. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o parecer nº 3.511.674 (ANEXO C), visando atender às recomendações éticas da pesquisa envolvendo seres humanos expressas na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. (BRASIL, 2012a)

De acordo com a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. (BRASIL, 2012a)

5. RESULTADOS

Para avaliação dos resultados desse estudo, utilizou-se como referência o parâmetro empregado por Harzheim *et al.*, (2013), no qual os valores dos escores iguais maiores que 6,6 são classificados como Alto Escore, atributo satisfatório, considerando uma escala de 0 a 10.

5.1. Características sociodemográficas e atributos da atenção primária dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras.

Descrevendo as características sociodemográficas dos cuidadores dos bebês prematuros, pode-se inferir que a totalidade dos entrevistados, 28(100%) é do sexo feminino, sendo 26(92,9%) a própria mãe da criança. A média da idade das participantes é 29,1, com desvio padrão=9,6. A escolaridade mostrou que 16(57,1%) possui o ensino médio. A renda familiar de um salário mínimo, no máximo, prevaleceu 27(96,4%) (TABELA 01).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos cuidadores de crianças prematuras, Senador Pompeu/CE, 2019.

	N	%
Sexo		
Feminino	28	100,0
Estado civil		
Casada	7	25,0
Solteira	9	32,1
União estável	12	42,9
Grau de parentesco		
Avó	1	3,6
Mãe	26	92,9
Sem vínculo familiar	1	3,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	7,1
Ensino Fundamental	10	35,7
Ensino Médio	16	57,1
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	27	96,4

1 a 3 salários mínimos	1	3,6
Faixa etária (média: 29,1; DP: 9,6)		
<= 23	9	32,1
24 – 29	8	28,6
30 – 66	11	39,3

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

O estudo apresentou elevado grau de afiliação, com escore 9,76, relacionando os cuidadores aos serviços de saúde existentes. Obteve-se que 28 (100%) levam a criança a um médico, enfermeiro ou serviço de saúde, destes 27(96,4%) responderam que o médico, enfermeiro ou serviço de saúde é o mesmo que geralmente levam e que também é o mais responsável pelo atendimento de saúde da criança (TABELA 2).

Tabela 2 – Características em relação ao grau de Afiliação dos familiares ou cuidadores de crianças prematuras, Senador Pompeu/CE, 2019.

	N	%
Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva (A1)		
Sim	28	100,0
Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor (A2)		
Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde	27	96,4
Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente	1	3,6
Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde (A3)		
Sim, mesmo que A1 & A2	27	96,4
Sim, diferente de A1 & A2	1	3,6

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Descrevendo o Atributo da Longitudinalidade (TABELA 3), presente nas respostas dos cuidadores, os itens de maior expressão deste atributo foram o D4 e D6, com 24(85,7%), que referem-se respectivamente à capacidade de entendimento do cuidador sobre as perguntas dos profissionais que atendem a criança e o grau de confiança em contar suas preocupações para esses profissionais.

No ítem D2, 18(64,3%) afirmaram que “provavelmente não” ou “com certeza não” poderiam telefonar para o enfermeiro ou médico, se tiverem dúvidas ou perguntas sobre a saúde do bebê.

Para calcular o valor de escore desse atributo ocorre uma inversão de valores no ítem D10, de maneira que quanto menor o valor(resposta) atribuído, maior é a orientação para a APS. Dessa maneira, 18(64,3%) afirmaram que com certeza não mudariam para outro serviço de saúde se isso fosse fácil de fazer.

No ítem D11, 14(50%) entrevistados afirmam que o(a) “médico/ enfermeiro” conhece a sua família bastante bem, contrapondo-se ao mesmo percentual em que no ítem D13 o/a “médico/enfermeiro” não conhece o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança.

Tabela 3: Distribuição de respostas n (%) dos cuidadores de crianças prematuras, em relação ao atributo Longitudinalidade (D), Senador Pompeu/CE, 2019.

Indicador	Com certeza, não	Provavelmente Não	Provavelmente Sim	Com certeza, sim
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?”	1 (3,6)	3 (10,7)	4 (14,3)	20 (71,4)
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?	11 (39,3)	7 (25,0)	4 (14,3)	6 (21,4)
D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	0 (0,0)	1 (3,6)	5 (17,9)	22 (78,6)
D4 – O (a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	0 (0,0)	1 (3,6)	3 (10,7)	24 (85,7)
D5 - O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 (14,3)	0 (0,0)	2 (7,1)	22 (78,6)
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/enfermeiro”?	2 (7,1)	0 (0,0)	2 (7,1)	24 (85,7)
D7 – O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	2 (7,1)	0 (0,0)	4 (14,3)	22 (78,6)
D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	1 (3,6)	4 (14,3)	7 (25,0)	16 (57,1)
D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	3 (10,7)	1 (3,6)	3 (10,7)	21 (75,0)

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?	18 (64,3)	5 (17,9)	1 (3,6)	4 (14,3)
D11 - Você acha que o (a) “médico/ enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?	8 (28,6)	4 (14,3)	2 (7,1)	14 (50,0)
D12 — O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	8 (28,6)	4 (14,3)	7 (25,0)	9 (32,1)
D13 — O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	14 (50,0)	3 (10,7)	2 (7,1)	9 (32,1)
D14 — O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	13 (46,4)	5 (17,9)	3 (10,7)	7 (25,0)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quanto ao atributo da Coordenação - Integração de cuidados (E), (TABELA 4), obteve-se um número reduzido de respostas, tendo em vista que para ele ser respondido, a criança teria de ter tido alguma consulta com especialista ou serviço especializado. Dentre as crianças que foram encaminhadas, 9(69,2%) não foram os respectivos médicos ou enfermeiros que os encaminharam para a consulta ou serviço especializado. Dessa maneira, 11(84,6%) dos familiares/cuidadores responderam que os profissionais de saúde médico ou enfermeiro tiveram conhecimento sobre a criança ter tido a consulta ou serviço especializado, destes, apenas 9(69,2%) ficaram sabendo sobre os resultados desta consulta e 6(46,2%) conversaram sobre o que aconteceu durante a consulta.

Tabela 4: Distribuição de respostas n (%) dos cuidadores de crianças prematuras, quanto ao atributo Coordenação- integração de cuidados (E), Senador Pompeu/CE, 2019.

Indicador	Com certeza, não	Provavelmente, Não	Provavelmente, Sim	Com certeza, sim
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?”	9 (69,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (30,8)
E3 – O (a) “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?”	1 (7,7)	1 (7,7)	0 (0,0)	11(84,6)

E4 – O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	3 (23,1)	1 (7,7)	0 (0,0)	9 (69,2)
E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	7 (53,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (46,2)
E6 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	5 (38,5)	0 (0,0)	1 (7,7)	7 (53,8)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

A Tabela 5, dispõe sobre o atributo da Orientação Familiar (I), no qual identificou-se que 11(40,7%) dos profissionais não perguntou sobre ideias e opiniões acerca de possíveis tratamentos para a criança (item I1). No entanto, 17(63%) declararam, no que diz respeito ao interesse do profissional em conhecer o histórico de doenças existentes na família (item I2), que com certeza o médico ou enfermeiro perguntaram sobre doenças ou problemas pré-existentes na família. Ao serem indagados sobre a possibilidade dos respectivos médicos ou enfermeiros reunirem-se com os familiares da criança (item I3), 17(63%) responderam que provavelmente sim.

Tabela 5 - Distribuição de respostas n (%) dos cuidadores de crianças prematuras quanto ao atributo Orientação familiar (I), Senador Pompeu/CE, 2019.

Indicador	Com certeza, não	Provavelmente, Não	Provavelmente, Sim	Com certeza, sim	Não sei / Não lembro
I1 — O seu/sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	11 (40,7)	1 (3,7)	5 (18,5)	9 (33,3)	1 (3,7)
I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	8 (29,6)	1 (3,7)	1 (3,7)	17 (63,0)	0 (0,0)

I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	1 (3,7)	5 (18,5)	17 (63,0)	4 (14,8)	0 (0,0)
---	---------	----------	-----------	----------	---------

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Na tabela 6, lista-se os valores dos escores dos atributos por questão da ferramenta *PCATool*, com relação ao cuidador dos prematuros, onde o grau de afiliação obteve o maior escore (9,76), em seguida, foi do atributo Longitudinalidade, com escore igual a (7,2), com desvio padrão=1,7. A Integração de Cuidados alcançou escore (5,9), ressaltando que apenas 13 crianças foram encaminhadas para alguma consulta ou serviço especializado; a Orientação Familiar atingiu o escore 5,9.

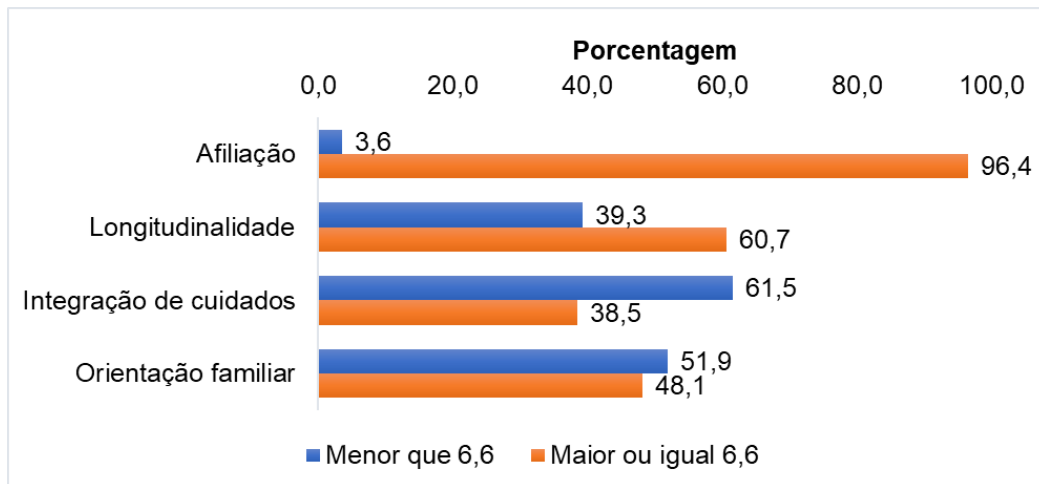
Tabela 6 - Valores médios, desvios padrões, intervalos de confiança e estratificação do escore, dos atributos analisados no estudo, por cuidadores de crianças prematuras, Senador Pompeu/CE, 2019.

Escore	Média	Mínimo	Máximo	DP	IC de 95%	Menor que 6,6*	Maior ou igual 6,6*
Afiliação(A)	9,76	3,3	10,0	1,3	9,27 - 10,0	1 (3,6)	27 (96,4)
Longitudinalidade(D)	7,16	4,5	10,0	1,7	6,52 - 7,80	11 (39,3)	17 (60,7)
Integração de cuidados(E)	5,90	0,0	10,0	3,1	4,04 - 7,75	8 (61,5)	5 (38,5)
Orientação familiar(I)	5,93	1,1	10,0	2,9	4,80 - 7,06	14 (51,9)	13 (48,1)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador
 Legenda:
 *6,6 corresponde a 66%

Assim como na tabela 6, a figura 3, de forma mais ilustrativa, observa-se a proporção entre os resultados das estratificações dos escores dos atributos identificados nas respostas dos entrevistados. Pode-se perceber que a Afiliação e a Longitudinalidade foram bem avaliados na visão dos cuidadores de crianças prematuras. Já os atributos Coordenação-integração de cuidados (61,5) e a Orientação Familiar (51,9) foram considerados insatisfatórios para este público-alvo.

Figura 3: Descrição da estratificação do escore (menor/ maior que 6,6) dos cuidadores de crianças prematuras em relação aos atributos avaliados, Senador Pompeu/CE, 2019.



5.2. Características e Atributos da Atenção Primária avaliados pelos profissionais de saúde.

Acerca dos profissionais de saúde, foram entrevistados 10(71,4%) enfermeiros e 4(28,6%) médicos, nos quais 9(64,3%) é do sexo feminino, com idade média 31,7 anos – DP=4,5. A maioria, 11(78,6%), possui especialização como nível máximo de escolaridade, nos quais, 8(57,1%) tem experiência profissional na ESF menor que 3 anos e trabalham no município em questão há pelo menos 2 anos e 6 meses.

Tabela 7 - Características sociais, escolaridade e atuação na ESF dos profissionais de saúde, SP/CE, 2019.

	Característica	n	%
Sexo	Feminino	9	64,3
	Masculino	5	35,7
Idade (Média: 31,7; DP:4,5)	26 – 31	7	50,0
	32 – 43	7	50,0
Categoria profissional	Enfermeiro(a)	10	71,4
	Médico(a)	4	28,6
Escolaridade			

	Ensino superior	2	14,3
	Especialização	11	78,6
	Mestrado	1	7,1
Tipo da especialidade			
	Emergência	1	7,1
	Gestão da clínica	1	7,1
	Medicina da família / Saúde pública e da família	6	42,9
	Não tem	2	14,3
	Obstetrícia e saúde pública	1	7,1
	Saúde coletiva com ênfase na estratégia saúde da família	1	7,1
	UTI e emergência	1	7,1
	Vigilância em saúde	1	7,1
Tempo na ESF			
	Até 3 anos	8	57,1
	Acima de 3 anos	6	42,9
Tempo no município			
	Até 2,5 anos	6	42,9
	Acima de 2,5 anos	8	57,1
Fonte: Dados gerados pelo autor			

A tabela 8 apresenta o Atributo da Longitudinalidade, presente nas respostas dos profissionais. Na maioria dos itens, total de oito, os profissionais responderam “com certeza sim”, incluindo o item B4, 7 (50%) afirmando que os pacientes podem telefonar, caso tenham alguma pergunta.

Tabela 8 - Distribuição de respostas dos profissionais quanto ao atributo Longitudinalidade (B), Senador Pompeu/CE, 2019.

Indicador	Com certeza, não	Provavelme nte, Não	Provavelme nte, Sim	Com certeza, sim
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	0 (0,0)	1 (7,1)	3 (21,4)	10 (71,4)
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (28,6)	10 (71,4)
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (64,3)	5 (35,7)
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	1 (7,1)	3 (21,4)	3 (21,4)	7 (50,0)
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (14,3)	12 (85,7)

B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (42,9)	8 (57,1)
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	0 (0,0)	2 (14,3)	3 (21,4)	9 (64,3)
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	2 (14,3)	6 (42,9)	4 (28,6)	2 (14,3)
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (50,0)	7 (50,0)
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	2 (14,3)	0 (0,0)	10 (71,4)	2 (14,3)
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	1 (7,1)	4 (28,6)	6 (42,9)	3 (21,4)
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (42,9)	8 (57,1)
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	0 (0,0)	1 (7,1)	11 (78,6)	2 (14,3)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Acerca do atributo coordenação, no componente Integração de cuidados, 5 (35,7%) têm conhecimento sobre todas as consultas com especialistas, que seus pacientes fazem (item C1). No item C4, 11(78,6%) profissionais informaram que fornecem informação escrita para que o cuidador possa levar a criança ao especialista ou serviço especializado. No entanto, 9(64,3%) não recebem informações úteis sobre o paciente encaminhado (item C5). Por fim, 7(50%) relataram que conversam com os pacientes sobre os resultados das consultas com especialistas (item C6) (TABELA 9).

Tabela 9 - Distribuição de respostas dos profissionais quanto ao atributo Coordenação - integração de cuidados (C), Senador Pompeu/CE, 2019.

Indicador	Com certeza, não	Provavelmente, Não	Provavelmente, Sim	Com certeza, sim
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	0 (0,0)	6 (42,9)	3 (21,4)	5 (35,7)
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	0 (0,0)	1 (7,1)	4 (28,6)	9 (64,3)
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	1 (7,1)	0 (0,0)	5 (35,7)	8 (57,1)

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (21,4)	11 (78,6)
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	9 (64,3)	5 (35,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	0 (0,0)	2 (14,3)	5 (35,7)	7 (50,0)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quanto ao atributo da Orientação Familiar, todos os três itens tiveram como resposta mais prevalente “com certeza sim” tendo maior destaque nos itens G2 e G3, onde 11(78,6%) dos profissionais informam que indagam sobre o histórico de saúde dos pacientes, e, no item G3, 10(71,4%) estão dispostos a discutir problemas de saúde ou um problema familiar com os membros da família (TABELA 10).

Tabela 10 - Distribuição de respostas dos profissionais quanto ao atributo da Orientação familiar(G), Senador Pompeu/CE, 2019.

Indicador	Com certeza, não	Provavelmente, Não	Provavelmente, Sim	Com certeza, sim
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	(0,0)	(0,0)	7 (50,0)	7 (50,0)
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	(0,0)	(0,0)	3 (21,4)	11 (78,6)
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	(0,0)	(0,0)	4 (28,6)	10 (71,4)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

No tocante aos escores relativos aos atributos presentes nas respostas dos profissionais de saúde, o que obteve maior escore foi a Orientação familiar (8,9) e o que obteve menor média foi a Integração de cuidados (6,9). Nesse grupo, todos os componentes foram avaliados de forma satisfatória ($\geq 6,6$) (TABELA 11).

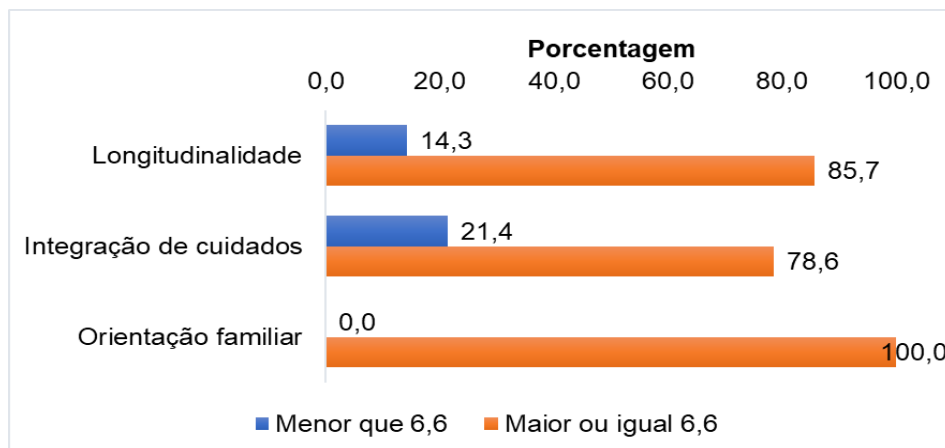
Tabela 11 - Valores médios, desvios padrões, intervalos de confiança e estratificação do escore, dos atributos analisados no estudo, por profissionais, Senador Pompeu/CE, 2019.

	Média	Mínimo	Máximo	DP	IC de 95%	Menor que 6,6*	Maior ou igual 6,6*
Longitudinalidade(B)	7,69	5,6	9,5	1,2	7,02 - 8,36	2 (14,3%)	12(85,7%)
Integração de cuidados(C)	6,90	4,4	8,3	1,1	6,24 - 7,57	3 (21,4%)	11(78,6%)
Orientação familiar(G)	8,89	6,7	10,0	1,2	8,18 - 9,60	0 (0,0%)	14(100,0%)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador
*6,6 corresponde a 66%

Assim como na tabela 11, a figura 4, de forma mais ilustrativa, observa-se a proporção entre os resultados das estratificações dos escores dos atributos identificados nas respostas dos entrevistados, sob a ótica dos profissionais de saúde entrevistados, todos foram considerados satisfatório. O atributo Orientação familiar, apresentou 100% de concordância dentre o público-alvo, como mostra a figura 4, abaixo:

Figura 4: Descrição da estratificação dos escores (menor/maior que 6,6) dos profissionais de saúde em relação aos atributos avaliados, Senador Pompeu/CE, 2019.



Na tabela 12, compara-se os atributos longitudinalidade, integração de cuidados e orientação familiar em relação as características de tempo no ESF e no município dos profissionais. Não foi possível detectar diferenças no escore médio dos três atributos nos perfis analisados, p-valor > 0,05.

Tabela 12 - Comparação do escore médio dos atributos dos profissionais em relação ao tempo na ESF e no município, Senador Pompeu/CE, 2019.

Característica	Longitudinalidade	Integração de cuidados	Orientação familiar
	Média (IC de 95%)	Média (IC de 95%)	Média (IC de 95%)
Tempo na ESF	0,975	0,646	0,221
p-valor:			
Até 3 anos	7,66 (7,07 - 8,25)	6,81 (5,92 - 7,69)	9,31 (8,61 - 10,00)
Acima de 3 anos	7,74 (5,97 - 9,50)	7,04 (5,62 - 8,45)	8,33 (6,73 - 9,94)
Tempo no município	0,241	0,963	0,088
p-valor:			
Até 2,5 anos	7,22 (6,65 - 7,80)	7,04 (6,56 - 7,51)	9,63 (9,03 - 10,23)
Acima de 2,5 anos	8,04 (6,87 - 9,22)	6,81 (5,55 - 8,07)	8,33 (7,22 - 9,44)

*Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

5.3. Comparativo entre avaliação dos familiares ou cuidadores com os profissionais

Na tabela 13, encontra-se o comparativo do escore obtido pelos cuidadores e profissionais em relação aos atributos analisados. Aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis para verificar se o comportamento médio dos escores são iguais ou diferentes entre os grupos. Nota-se que o escore Orientação Familiar foi significativo (p-valor < 0,001), portanto o escore médios dos profissionais nesse quesito foi superior do que os familiares ou cuidadores. Em relação aos outros escores Longitudinalidade e Integração de Cuidados, não foi possível detectar diferenças entre os grupos familiar ou cuidadores e profissionais, p-valor = 0,325 e p-valor = 0,251, respectivamente.

Tabela 13 - Comparação do escore médio dos cuidadores e profissionais em relação aos atributos avaliados, Senador Pompeu/CE, 2019.

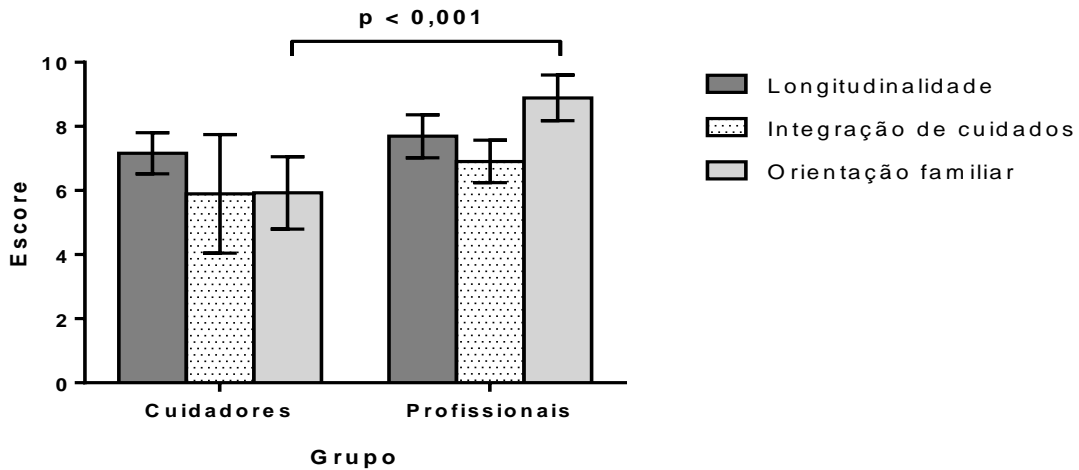
Escore	Cuidadores	Profissionais	P-valor*
	Média (IC de 95%)	Média (IC de 95%)	
Longitudinalidade	7,16 (6,52 - 7,80)	7,69 (7,02 - 8,36)	0,325
Integração de cuidados	5,90 (4,04 - 7,75)	6,91 (6,24 - 7,57)	0,251
Orientação familiar	5,93 (4,80 - 7,06)	8,89 (8,18 - 9,60)	< 0,001

*Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

A figura 5 evidencia uma comparação mais ilustrativa em relação a média; verifica-se a significância $p < 0,001$ no atributo orientação familiar.

Figura 5 - Comparação dos escore médio entre os cuidadores e os profissionais de saúde, com relação aos atributos avaliados, Senador Pompeu/CE, 2019.



Na Tabela 14 compara-se os atributos entre os grupos na forma de estratificação dos escores, abaixo ou acima de 6,6. Nessa configuração, foi possível encontrar resultados significativos no quesito Orientação Familiar (p -valor $< 0,001$), portanto os profissionais obtiveram porcentagem maior de resultados na categoria.

Sendo flexível no nível de significância, também é possível considerar que o quesito Integração de Cuidados foi significativo (p -valor = 0,054), portanto os profissionais obtiveram maiores resultados na categoria maior ou igual a 6,6 quando comparados aos cuidadores. O atributo Longitudinalidade não foi significativo (p -valor = 0,159), portanto o comportamento do escore categórico é similar entre o grupo de cuidadores e profissionais.

Tabela 14 - Distribuição do resultado da classificação do escores dos cuidadores e profissionais em relação aos atributos avaliados, Senador Pompeu/CE, 2019.

Escore	Cuidadores		Profissionais		P-valor*
	Menor que 6,6	Maior ou igual 6,6	Menor que 6,6	Maior ou igual 6,6	
Longitudinalidade	11 (39,3%)	17 (60,7%)	2 (14,3%)	12 (85,7%)	0,159
Integração de cuidados	8 (61,5%)	5 (38,5%)	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,054
Orientação familiar	14 (51,9%)	13 (48,1%)	0 (0,0%)	14 (100,0%)	< 0,001

*Teste de Fisher

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Após análise das médias dos atributos, relacionou-se estas médias com os níveis de escolaridade e faixa etária, dos cuidadores e profissionais. Foi possível encontrar resultados significativos nas comparações da escolaridade nos atributos Integração de cuidados (p-valor=0,053) e Orientação familiar (p-valor=0,002). Percebe-se que nessas comparações a prevalência do resultado acima de 6,6 foi maior para os participantes com nível superior na pesquisa. Na faixa etária idade não foi possível evidenciar resultados significativos (TABELA 15).

Tabela 15 - Distribuição do resultado da classificação do escores dos atributos em relação à escolaridade e faixa etária, avaliando os cuidadores e profissionais, Senador Pompeu/CE, 2019.

	Menor que 6,6		Maior ou igual 6,6		P-valor*
	N	%	N	%	
Longitudinalidade					
Escolaridade					0,158
Ensino Fundamental	6	50,0	6	50,0	
Ensino Médio	5	31,3	11	68,8	
Ensino Superior	2	14,3	12	85,7	
Faixa Etária					0,315
<= 26	6	46,2	7	53,8	
27 – 32	3	18,8	13	81,3	
33 – 66	4	30,8	9	69,2	
Integração de cuidados					
Escolaridade					0,053
Ensino Fundamental	4	80,0	1	20,0	
Ensino Médio	4	50,0	4	50,0	
Ensino Superior	3	21,4	11	78,6	
Faixa Etária					0,598
<= 26	3	50,0	3	50,0	
27 – 32	3	27,3	8	72,7	
33 – 66	5	50,0	5	50,0	
Orientação Familiar					
Escolaridade					0,002
Ensino Fundamental	5	45,5	6	54,5	
Ensino Médio	9	56,3	7	43,8	

Ensino Superior	0	0,0	14	100,0	
Faixa Etária					0,291
<= 26	7	53,8	6	46,2	
27 – 32	4	26,7	11	73,3	
33 – 66	3	23,1	10	76,9	

*Teste de Fisher
Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Na tabela 16 compara-se o escore médio dos atributos em relação aos níveis de escolaridade e faixa etária. Somente foi possível detectar diferenças no escore médio no atributo Orientação Familiar em relação à escolaridade, p-valor = 0,002. Desse modo, participantes com nível superior possuíram maiores pontuações nesse quesito. Todas as outras comparações não foram significantes.

Tabela 16 - Comparação do escore médio dos atributos em relação à escolaridade e faixa etária, Senador Pompeu/CE, 2019.

Característica	Longitudinalidade	Integração de cuidados	Orientação familiar
	Média (IC de 95%)	Média (IC de 95%)	Média (IC de 95%)
Escolaridade p-valor:	0,508	0,129	0,002
Ensino Fundamental	6,94 (5,72 - 8,16)	4,27 (0,00 - 8,75)	5,96 (3,92 - 8,00)
Ensino Médio	7,32 (6,54 - 8,11)	6,92 (4,94 - 8,89)	5,90 (4,39 - 7,41)
Ensino Superior	7,69 (7,02 - 8,36)	6,91 (6,24 - 7,57)	8,89 (8,18 - 9,60)
Idade p-valor:	0,189	0,568	0,207
<= 26	6,72 (5,81 - 7,64)	6,31 (3,75 - 8,88)	6,33 (4,70 - 7,96)
27 – 32	7,47 (6,75 - 8,19)	6,94 (5,84 - 8,04)	7,41 (5,77 - 9,05)
33 – 66	7,79 (6,81 - 8,77)	5,91 (3,85 - 7,97)	7,01 (5,31 - 8,71)

*Teste Kruskal-Wallis
Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

6. DISCUSSÃO

6.1. Perfil dos participantes do estudo

De acordo com o perfil sociodemográfico encontrado na presente pesquisa, observou-se que a totalidade dos cuidadores que responderam à pesquisa foram mulheres, sendo que a maioria das entrevistadas, como a principal cuidadora, foi a própria mãe da criança prematura. Essa realidade também foi observada no município de Montes Claros-MG (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011).

A média de idade das entrevistadas é 29,1, com desvio padrão=9,6. Quanto ao perfil de mães de crianças prematuras, um estudo realizado no Rio Grande do Norte apresentou resultados semelhantes, no qual 76,15 % possuía idade entre 20 e 35 anos (TEIXEIRA, *et al.*, 2018).

Identificou-se que a maioria das entrevistadas possuía o ensino médio como nível máximo de escolaridade. Corroborando com o estudo, constatou perfil semelhante, quanto ao nível de escolaridade (LIMA *et al.*, 2015; COUTO, PRAÇA, 2012; TEIXEIRA, *et al.*, 2018). Ramos e Cuman (2009), afirmam que a baixa escolaridade pode ser atribuída ao baixo nível socioeconômico, o que pode propiciar a incidentes potencialmente perigosos para a mãe e o recém-nascido, ademais pode limitar obtenção de conhecimentos e orientações, reduzir a habilidade de cuidado e assistência, dificultar a prática de direito e cidadania, dessa forma afetando as condições de vida e saúde das pessoas.

Outro destaque nesse grupo, se refere à renda familiar, no qual os cuidadores de crianças apresentam baixa condição socioeconômica, com renda familiar de até um salário mínimo mensal, esses dados também foram constatados no estudo de REICHERT *et al.* (2016), no Rio de Janeiro.

Analisando o perfil dos profissionais de saúde, verificou-se que a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino. A feminização entre os profissionais da ESF tem sido reportado em outros estudos, indicando que melhorias nos níveis de escolaridade e ensino, mudanças comportamentais quanto à reprodução humana, transformações econômicas têm impulsionado as mulheres no mercado de trabalho (COSTA, *et al.*, 2013).

A categoria profissional mais prevalente no estudo foi de enfermeiros e o maior nível de escolaridade da maioria dos profissionais foi especialização. O predomínio de profissionais com pós-graduação mostra uma inclinação em adquirir qualificação, de forma a atender as necessidades dos serviços de atenção primária à saúde (COSTA, *et al.*, 2013; LIMA, *et al.*, 2016).

A maior parte dos profissionais entrevistados têm pouca experiência profissional na ESF e pouco tempo de atuação no município em questão. Tal achado coincide com Estudo em um município de São Paulo, no qual 66% das enfermeiras e 69% dos médicos trabalhavam há menos de 2 anos na ESF (LOPES, BOUSQUAT, 2011). A baixa permanência de profissionais de saúde nas ESF, provoca interferências na vinculação desse profissional com os pacientes. Quando os pacientes visitam o mesmo profissional, em vez de profissionais diferentes, a atenção é mais eficiente (STARFIELD, 2002, p.254).

6.2. Grau de afiliação dos cuidadores com os serviços de saúde existentes e o atributo Longitudinalidade

O grau de Afiliação é um componente de estrutura do atributo Longitudinalidade (BRASIL, 2010), o qual é mensurado pela afinidade do usuário com o serviço de saúde.

No ponto de vista dos cuidadores desse estudo, o grau de afiliação apresentou elevado escore (9,76), indicando que essa população costuma levar suas crianças para o mesmo serviço de saúde, quando necessitam de atendimento, reconhecendo-o como fonte principal de cuidados primários. Contudo, outros estudos contradizem esse dado, afirmando que os cuidadores das crianças buscam assistência na ESF, apenas por ser a unidade de saúde mais próxima de casa (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PENSO *et al.*, 2017).

Ainda, com relação ao grau de Afiliação, a pesquisa realizada em um município no interior de São Paulo (FRACOLLI *et al.*, 2015), alcançou um resultado semelhante sobre a existência de um serviço “mais responsável”, onde “geralmente levam” e que “melhor conhece” a criança, tendo uma avaliação positiva quanto ao grau de afiliação aos serviços de atenção primária à saúde. Dessa mesma forma, o estudo de LIMA *et al.*, (2015), também observou que o grau de afiliação foi uma das dimensões bem avaliadas pelas usuárias, indicando que a ESF é designada como referência para o cuidado em saúde.

A longitudinalidade pode ser entendida como a capacidade de vinculação entre usuários e profissionais, possibilitando o cuidado adequado e resolutivo através do conhecimento dos usuários em seu ambiente natural, com seus hábitos de vida e problemas de saúde (KESSLER, *et al*, 2018).

O estudo apresentou 7,2 de escore para o atributo Longitudinalidade, na perspectiva dos cuidadores, demonstrando que há vinculação de longa duração entre os profissionais e os pacientes em suas unidades de saúde, independentemente do tipo ou, até mesmo, da existência de algum problema de saúde (STARFIELD, 2002). Na percepção dos profissionais de saúde, esse mesmo atributo recebeu escore médio (7,7), havendo pouca diferença entre as avaliações.

Fica evidente, na presente pesquisa, a presença desse atributo nas respostas dos cuidadores, quando a maioria confirma a regularidade de atendimento pelo mesmo profissional (D1), relata que se sente livre para expor suas preocupações (D6) e não mudariam de serviço de saúde se fosse possível fazê-lo (D10). Esse resultado foi semelhante nas ESF de Passos-MG, onde o Escore Geral de APS estimado pelo PCATool-Brasil para o atributo Longitudinalidade ficou em 7,37 nas UBS Convencionais e 7,88 (FERREIRA *et al*, 2016).

A existência efetiva do atributo Longitudinalidade fortalece o sistema de saúde, repercutindo no correto diagnóstico e tratamento, diminuindo encaminhamentos desnecessários a consultas e exames especializados (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011).

Esse item é um ótimo indicador para avaliar essa continuidade da assistência, atenção primária e terciária, tão necessária para crianças nascidas prematuras. Apesar de ter sido somente 0,77 escores acima da média, considera-se que existe uma relação satisfatória.

Em contrapartida, ainda nesse contexto da prematuridade, um estudo, realizado em Santiago-RS, com mães de crianças egressas da uti neonatal, concluiu que o acompanhamento no âmbito da Atenção Primária mostrou-se fragilizado e insatisfatório. No relato de algumas mães, foi possível perceber que elas não conseguiram estabelecer vínculo com os profissionais da atenção primária, devido a indisponibilidade de um profissional médico que atenda criança, acarretando a busca de outro ponto de outro ponto de atenção (NASCIMENTO *et al*, 2016). Ficou evidente, nesse caso, que a Longitudinalidade foi afetada pela dificuldade de acesso.

Outra concepção aponta que as práticas do cuidado, centradas no modelo biomédico, são responsáveis pela a fragilidade no estabelecimento do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde (DAMASCENO et al, 2016).

Apesar do resultado satisfatório no presente estudo, na visão dos cuidadores, foram encontrados baixos valores para os itens D2 (disponibilidade do contato telefônico do profissional de saúde), D13 (desconhecimento sobre o trabalho) e D14 (dificuldade em pagar por medicamentos, quando a criança necessita destes), mostrando que as práticas de saúde voltadas para o indivíduo em seu contexto familiar ainda são fragilizadas. Oliveira e Veríssimo (2015) também obtiveram baixos escores quanto a disponibilidade de sanar alguma dúvida, sobre os cuidados com a criança, através do contato telefônico do profissional de saúde, salientando que o contato não pessoal não é uma prática comum.

No entanto, com os profissionais de saúde, esses mesmos questionamentos, tiveram respostas divergentes, contradizendo as respostas dos familiares ou cuidadores, nos itens B4, B11 e B12, recebendo maior pontuação. Confirmando essa observação, verificou-se que na opinião dos profissionais de saúde, as suas práticas costumam ter melhor desempenho, que na avaliação dos usuários (ARAÚJO, MENDONÇA e SOUSA (2015).

Corroborando com essa avaliação, Frank *et al* (2015) enfatiza a necessidade minimizar a distância entre profissional e população adscrita, para ampliar o conhecimento sobre as necessidades de seus usuários, por parte dos profissionais, contribuindo com a melhoria dos problemas de saúde existentes.

Trazendo importantes contribuições, o estudo realizado em na rede de APS dos 32 municípios do Estado do Rio Grande do Sul (RS) discorreu sobre a avaliação da longitudinalidade entre diferentes modelos de atenção existentes, além de explanar sobre a sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, evidenciando que a ESF foi melhor avaliada nesse contexto, em detrimento dos outros modelos de atenção e que os usuários com idade superior a 60 anos avaliaram melhor os serviços de saúde. Isso demonstrou a necessidade de ampliação de ações de saúde para cada população, nos seus diferentes ciclos de vida, considerando os aspectos e a realidade de cada território (KESSLER, *et al.*, 2018).

6.3. Avaliação do atributo Coordenação da Atenção – Integração de cuidados

A coordenação do cuidado pode ser conceituada pelo desenvolvimento de estratégias objetivando a articulação de ações e serviços de saúde entre os distintos níveis de atenção, nos quais os profissionais envolvidos utilizam ferramentas para organizar a assistência, estabelecer fluxos, proporcionar comunicação sobre os usuários e seu processo assistencial, intermediar o processo de encaminhamento dos pacientes com diferentes necessidades de saúde, de forma a proporcionar cuidado integral e contínuo, em tempo oportuno (ALELUIA, et al, 2017).

Acerca do atributo Coordenação, em seu componente Integração de cuidados, na percepção dos cuidadores, o estudo alcançou o escore médio (5,9), correspondendo a um resultado insatisfatório, ou seja, abaixo do escore preconizado neste estudo ($\leq 6,6$), indicando a existência de um sistema de coordenação de cuidados inadequado. Lima *et al* (2015), encontraram resultados semelhantes, em sua pesquisa com mulheres usuárias da ESF, realizada nas unidades de saúde do município de Serra, Espírito Santo, com escore baixo para o respectivo atributo (2,77).

Starfield (2002) recomenda que para a coordenação do cuidado, é necessário atenção compartilhada, consistindo em um método para aprimorar o fluxo de informações do médico de atenção primária para outros especialistas e vice-versa, melhorando a integração entre os serviços de atenção, dessa forma dando resolutividade às necessidades dos pacientes. Além disso, essa organização de fluxo acontece por meio de encaminhamentos dos serviços de atenção básica para outros pontos de atenção, através de instrumentos de referência e contra-referência, contribuindo para a integração dos serviços de saúde (ALMEIDA *et al*, 2010).

Vale salientar que, com relação aos cuidadores, esse atributo obteve um número absoluto de respostas reduzido, com relação aos demais atributos, pois, quando a criança prematura não havia sido encaminhada a um serviço ou consulta especializada, esses elementos não poderiam ser avaliados. Das respostas obtidas, observou-se que dois itens tiveram valores insatisfatórios, E2 e E5, revelando que o profissional de saúde da atenção primária não foi o responsável pelo encaminhamento da criança ao serviço especializado e que não pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi prestado a criança no especialista, resultado encontrado também por Fracolli *et al* (2015).

Sob a perspectiva dos profissionais de saúde, no que se refere a este componente, o presente estudo identificou escore médio 6,9, portanto, satisfatório. Tal achado difere de

outra pesquisa similar realizada com profissionais, em Fortaleza, a qual alcançou escore de 6,43 (ROLIM *et al*, 2018), portanto abaixo do valor de referência preconizado para o estudo ($\geq 6,6$). Ferreira *et al* (2016) e Rolim *et al* (2018) julgam que a fragilidade no processo de coordenação se deve, em grande parte, pela incapacidade de assegurar a continuidade da atenção, enfatizando que a falta de contra-referência tem sido reportada como habitual nos serviços de saúde. Comprovando esses estudos citados, a presente pesquisa também obteve a pior avaliação no ítem C5, no qual 64,3% dos entrevistados expuseram que não receberam informações úteis sobre o paciente encaminhado, demonstrando que o sistema de coordenação- integração de cuidados, ainda é fragmentado e ineficiente, e os profissionais da APS ainda trabalham individualmente. Essa avaliação negativa, quanto a variável recebimento de informações do serviço especializado, também foi verificada por XV Região Administrativa do Distrito Federal (FERNANDES, *et al.*, 2018).

Nesse cenário, tendo em vista as crianças prematuras, Nascimento *et al* (2016) expõe que suas famílias experimentam duras jornadas em busca de consultas especializadas e cuidados multiprofissionais, em decorrência de condições de saúde específicas dessas crianças, pois, de acordo com Brasil (2011a), os prematuros são susceptíveis a uma grande variedade de morbidades.

Outro estudo realizado com crianças egressas da terapia intensiva neonatal, que têm necessidades especiais de saúde e do acesso aos serviços de seguimento em saúde, no município de Santa Maria-RS, revelou a fragilidade da rede de cuidados, onde saúde eram acessados preferencialmente no nível terciário, em detrimento aos serviços de nível primário, devido às dificuldades de acessar os serviços da atenção primária pela oferta reduzida de atendimentos por turno (NEVES *et al*, 2015).

Starfield (2002) reconhece a Coordenação como atributo essencial para a implementação de outros atributos e complementa que para seu desenvolvimento é necessário um meio de repasse de informações (componente estrutural) e a identificação de informações (componente processual). Reforçando essa premissa, analisando os atributos da Atenção Primária à Saúde, em regiões do Distrito Federal, com foco no cuidado integral à criança, Araújo, Mendonça e Sousa (2015) concluíram que o fator dificultador para a implementação da coordenação do cuidado está vinculado a problemas organizacionais e carências estruturais nos serviços avaliados.

Por fim, a sistematização e descentralização da regulação, o controle das filas de espera para a atenção especializada, incremento de novos serviços na rede municipal, estabelecimento de protocolos clínicos, implementação de prontuários eletrônicos foram algumas estratégias elencadas em diversos estudos para superar as dificuldades de coordenação de cuidado, todavia, o fornecimento insuficiente de serviços na atenção especializada, a baixa integração entre prestadores estaduais e municipais, inexistência de fluxos formais para a rede hospitalar, ainda constituem importantes desafios a serem vencidos (ALMEIDA, *et al.*, 2010).

6.4. Avaliação do atributo Orientação Familiar

O atributo Orientação familiar consiste em assimilar a família como fator crucial para no cuidado de seus membros, devendo levar em consideração o panorama familiar, os riscos e ameaças à preservação de sua saúde, as necessidades individuais e coletivas de seus componentes (REICHERT *et al*, 2016), pois segundo Pinto *et al*, (2010), quando assistimos a um dos membros da família, estamos cuidando da família, devido ao elo natural que existe entre a maioria dos pacientes e suas famílias.

No estudo, a Orientação familiar não alcançou resultados satisfatórios, na compreensão dos cuidadores, apresentando o escore 5,9. Em estudo similar, no município de João Pessoa (PB), realizado com familiares e/ou cuidadores de crianças com idade menor que 10 anos, Reichert *et al* (2016), demonstram preocupação com relação ao resultado insatisfatório encontrado, tendo em vista que esse atributo é essencial para a intensificar a interação da família com o serviço de saúde. Mendes (2015) afirma que é imperativo focalizar a família como sujeito da atenção e que isso implica no conhecimento dos membros da família e necessidades de saúde implicadas nesse contexto.

Já na avaliação dos profissionais, esse escore atingiu 8,89, considerado elevado, quando comparado a todos os outros atributos deste estudo. Os itens desse atributo que tiveram maior destaque foram G2 e G3, nos quais os profissionais investigam sobre o histórico de saúde dos pacientes e estão dispostos a discutir problemas de saúde ou um problema familiar com os membros da família; ressalta-se que na avaliação dos cuidadores das crianças esses mesmos questionamentos tiveram escores contraditórios, apresentando baixo escore (5,93).

O estudo de Penso *et al*, (2017), onde os sujeitos da pesquisa eram os profissionais, apresentou também resultado satisfatório para a Orientação familiar. Entretanto, diversos outros estudos que analisaram o atributo Orientação familiar, por meio de uma abordagem multidimensional, constataram diferenças substanciais quanto a avaliação dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde (SERAPIONI, SILVA, 2011; REIS *et al*, 2013; SILVA, ALVES, 2018).

Ao comparar a atributo Orientação Familiar nos dois públicos deste estudo, evidenciou-se que o escore foi significativo (p -valor $< 0,001$), comprovando diferença categórica nos resultados avaliados, com substancial superioridade dos profissionais de saúde em detrimento dos cuidadores. Por sua vez, a comparação entre o escore médio desse atributo e os níveis de escolaridade dos sujeitos dessa pesquisa apresentou diferença estatística significativa (p -valor = 0,002), apontando que os participantes com nível superior possuíram maiores pontuações nesse quesito.

A discordância entre as avaliações de profissionais e usuários, pode estar associada a diferentes opiniões e conhecimento sobre o atributo (SILVA, ALVES, 2018). Tendo em vista a importância do cuidado centrado na família, o qual propõe a continuidade da relação natural entre os pacientes, suas famílias e sua rede de apoio (PINTO *et al*, 2010), Castro *et al* (2012), questionam se o alto escore deferido pelos profissionais de saúde é resultante do entendimento, apenas teórico, que os mesmos têm a respeito do atributo “orientação familiar”, ou se os usuários atribuíram baixo escore por não identificar uma adequada abordagem familiar na metodologia utilizada pelos profissionais.

Nesse contexto, Pinto *et al* (2010) destaca a importância do Cuidado Centrado na Família como uma ideologia que reconheça a família da criança como unidade de cuidado. Visto que, no adoecimento de uma criança, toda a família é implicada no processo, independentemente do tipo ou duração da enfermidade (NEVES *et al*, 2015). Frota *et al*, (2013), observou que as mães relacionam a prematuridade com fragilidade e vulnerabilidade, em virtude do tamanho. A fragilidade e o risco da criança prematura adoecer ou ter complicações graves, transforma a rotina e o comportamento de todos os membros da família (ARCANJO *et al*, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a avaliação da assistência à criança prematura na atenção primária, através da análise dos atributos Longitudinalidade, Coordenação e Orientação Familiar, utilizando o instrumento *PCATool*, na perspectiva do cuidador e dos profissionais de saúde.

A caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores revelou que as mulheres são encarregadas dos cuidados com as crianças, predominando as mães nessa tarefa, sendo que a maioria apresentou baixo nível de escolaridade e socioeconômico.

O estudo apresentou elevado grau de afiliação, demonstrando que a APS é reconhecida como fonte principal de cuidados primários. Aliado a isto, retratou o alto escore do atributo Longitudinalidade, firmando assim a eficácia na relação usuário e profissional, evidenciado pelos informantes da pesquisa. Este atributo deve ser estimulado cada vez mais, tendo em vista seus benefícios já descritos.

Em contrapartida, os atributos Coordenação do cuidado e Orientação Familiar apresentaram baixos escores, na visão dos cuidadores, inferindo que a assistência aos prematuros ainda não atingiu o nível de qualidade e efetividade recomendados pelo *PCATool*.

Para o fortalecimento da Coordenação do cuidado ao prematuro é necessário o aperfeiçoamento da comunicação e articulação entre os diferentes níveis de saúde, possibilitando o provimento de ações e serviços qualidade, tornando o sistema de regulação mais funcional.

No que concerne à Orientação Familiar, os resultados do estudo evidenciaram não só a baixa orientação reconhecida pelos cuidadores, como também, a contrariedade entre os sujeitos da pesquisa. Portanto, é imprescindível assistir a criança, considerando a família como sujeitos da atenção, procurando entender suas necessidades de saúde.

Esse desfecho retrata a complexidade de efetivação de uma Atenção à Saúde da Criança, atentando para a necessidade de melhorar as práticas assistenciais produzindo melhores resultados no cuidado à criança prematura, tornando esses atributos da atenção primária conhecidos e amplamente divulgados tanto para usuários como para os profissionais, para assim, seguirem uma ótica de atendimento qualificado e satisfatório.

Portanto, a promoção de estudos avaliativos, contribui para melhorar a qualidade da Atenção à Saúde da criança prematura, tornando-se subsídios para o planejamento e a efetivações de ações embasadas nas necessidades de saúde da população infantil.

Vale ressaltar que a efetiva atuação do enfermeiro é de grande relevância para os cuidados com os prematuros, e que deve ser incentivada e fortalecida de forma a focar uma atenção longitudinal, integral e orientada para a família, não se limitando à doença e aspectos biológicos da criança prematura.

Salienta-se, entretanto, que a pesquisa teve limitações com relação ao número reduzido de informantes, pelo fato da não localização dos cuidadores e dificuldades quanto à entrevista com os profissionais médicos.

REFERÊNCIAS

- AIRES, Luana Cláudia dos Passos et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2015. Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 224-232, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500224&lng=en&nrm=iso>. access on 15 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>.
- AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos.** Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p.
- ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, June 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, Feb. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso>. access on 03 sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
- ARAUJO, Juliane Pagliari et al. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, Oct. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400073>.
- ARAUJO, Juliane Pagliari et al. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1366-1372, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901366&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>.
- ARAUJO, Rosânia de Lourdes; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, June 2015.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Oct. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>.

ARCANJO, Carolina Cavalcante Tavares et al. Vivências de cuidadores de crianças prematuras após alta hospitalar: experiência do projeto Coala. **Essentia** (Sobral), vol 19, n 1, 2018, p. 76-85 Disponível em:
 <<http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/170>> Acesso em: 27 de outubro de 2019.

BRASIL. **Congresso Nacional**. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm >. Acesso em: 03 de set. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 2012a. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Brasília, DF, 2014b. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvce.def>. Acesso em 05 de ago de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos-SINAN net. Brasília, DF, 2017b. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10ce.def>. Acesso em 05 de ago de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília-DF, 2011c. Disponível em
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 19 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2012b. Disponível em
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html> Acesso em: 17 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Vol. 4 . – (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool*- pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al . Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 279-295, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso>. access on 15 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al . Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 9, p. 1772-1784, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.

CHOMATAS, Eliane et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 294-303, out. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>>. Acesso em: 20 out. 2018. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828).

CHUEIRI, Patricia Sampaio; HARZHEIM, Erno; TAKEDA, Silvia Maristela Pasa. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 12, n. 39, p. 1-18, ago. 2017. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1363>>. Acesso em: 20 out. 2018. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363).

CONOVER, W. L. **Practical Nonparametric Statistics**. s.l.:John Wiley. , 1971.

COSTA, Simone de Melo 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**, [S.l.], v. 8, n. 27, p. 90-96, abr. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/530/552>>. Acesso em: 30 out. 2019. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530).

COUTO, Fabiane Ferreira; PRACA, Neide de Souza. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 1, p. 19-26, Feb. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100003>.

CUSTODIO Natalia. et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Reme Rev Min Enferm**. 2013 out./dez. 17;(4):984-91. doi: 10.5935/1415-2762.20130071

DAMASCENO, Simone Soares et al . Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2961-2973, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>.

EBC. Empresa Brasil de Comunicação. **Prematuridade é principal causa de mortalidade infantil, alerta ONG**. 2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/prematuridade-e-principal-causa-de-mortalidade-infantil-alerta-ong>. Acesso em: 18 de jul. 2018.

FERNANDES, Lucas Agostinho et al. Coordenação do cuidado em uma região administrativa do distrito federal: uma pesquisa avaliativa. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 9, n. 1, jul. 2018. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1554/420>>. Acesso em: 03 nov. 2019. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1554>.

FERREIRA, Vanessa Duque et al . Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, e20160104, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400221&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Oct. 2019. Epub Nov 28, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al . Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4851-4860, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>.

FRACOLLI Lislaine Aparecida, MURAMATSU Mariane Junko, GOMES Maria Fernanda Pereira, NABAO Fabiana Rodrigues Zequini. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. Ver. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n.1, São Paulo, 2015.

FROTA, Mirna Albuquerque et al . Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 277-283, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200011>.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1171-1181, June 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>.

GIOVANELLA, Ligia et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 783-794, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA. Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados?. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71p.

HARZHEIM, Erno et al . Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1649-1659, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 274-284, out. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/588>>. Acesso em: 03 nov. 2019. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829).

HULLEY, Stephen. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica** : uma abordagem epidemiológica ; tradução Michael Schmidt Duncan. - 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades. Senador Pompeu- CE, 2014**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/senador-pompeu/panorama>. Acesso em: 19 de jul. 2018.

KESSLER, Marciane et al . A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 3, p. 1063-1071, May 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301063&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LEAL, Maria do Carmo et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health**. 2016;13(Suppl 3):127 . Available from < <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0230-0>>. access on 01 Nov. 2019. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>

LEAO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 3, p. 323-334, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al . Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **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 03 Nov. 2019. Epub July 03, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família [Social and professional profile of family healthcare team members]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. e9405, jul. 2016. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405>>. Acesso em: 31 out. 2019. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>.

LIMA, Juliana Gagno et al . Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 52-66, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

11042018000500052&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s104>.

LOPES, Eliana Zulianni; BOUSQUAT, Aylene. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 6, n. 19, p. 118-124, abr. 2011. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/185/313>>. Acesso em: 31 out. 2019. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)185](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(19)185).

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. In: _____. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 10(4).2011. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>

NASCIMENTO, Renata Mota do et al . Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 559-572, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300016>.

NASCIMENTO, Maria Licle do et al. Crianças egressas de terapia intensiva neonatal: implicações para as redes sociais de cuidado. **Rev Rene**. 2016 set-out; vol 17; n° 5:707-15. Available from <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6207/4439>>. access on 25 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500017>

NEMES, Maria Ines Baptistella. **Avaliação em saúde: Questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Fundamentos de Avaliação No 1 - Coleção ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: Rio de Janeiro, 2001. 28p.

NEVES, Eliane Tatsch et al . Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 399-406, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200399&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Oct. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003010013>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 20 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 05 de ago de 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos**. A experiência dos médicos e usuários. Brasília : OPAS; 2018
Pagliari Araújo, Juliane, Munhak da Silva, Rosane Meire, Collet, Neusa, Tatsch Neves, Eliane, Gonçalves de Oliveira Toso, Beatriz Rosana, Silveira Viera, Cláudia, História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014, nov-dez;67(6):1000-7. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267032876020>> Acesso em: 8 de setembro de 2018

PENSO, Jéssica Mazutti, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1-9, 22 jun. 2017.

PINTO, Júlia Peres et al . Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 132-135, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. – 7. ed. – Porto Alegre-RS. Artmed, 2011.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 297-304, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>.

RECH, Milena Rodrigues Agostinho et al. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e164. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.164>

REICHERT, Altamira Pereira da Silva et al . Family and community orientation in children's primary healthcare. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 119-127, Jan. 2016 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=en&nrm=iso>. access on 20 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>.

REIS, Regimarina Soares et al . Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 11, p. 3321-3331, Nov. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

ROLIM, Leonardo Barbosa et al . Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 1, p. 19-26, fev. 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>.

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito et al . Family-centeredness and community orientation according to three child health care models. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 6, p. 610-617, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000600610&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600086>.

SERAPIONI, Mauro; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4315-4326, Nov. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200004&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200004>.

SILVA, George Sobrinho ; ALVES, Claudia Regina Lindgren . Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e00095418, Mai. 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/659/avaliacao-do-grau-de-implantacao-dos-atributos-da-ateno-primaria-sade-como-indicador-da-qualidade-da-assistencia-prestada-s-criancas>. acessos em 26 Out.: 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00095418>.

SILVEIRA, Mariângela F et al . Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 5, p. 992-1003, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500992&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004997>.

SOUSA, Allan Nuno. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 24 Novembro 2019], pp. 289-301. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>.

SOUZA, Miriam Francisco de et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 51, 87, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100278&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2019. Epub Sep 21, 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007024>.

STARFIELD Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002 [citado 02 nov. 2015]. 725p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

TEIXEIRA, Gracimary Alves et al. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 1, jan. 2018. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51409>>. Acesso em: 29 out. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51409>.

VIEIRA, Sônia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia científica para a área da saúde** - [2.ed.] - Rio de Janeiro : Elsevier, 2015.

APÊNDICE A

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS FAMILIARES/CUIDADORES

Número: _____ Data de preenchimento: _____

1. Idade do cuidador: _____
2. Sexo:
 Feminino Masculino
3. Estado civil:
 Casado
 Solteiro
 Divorciado
 Viúvo
 União estável
4. Grau de parentesco:
 Sem vínculo familiar
 Mãe
 Pai
 Avô(a)
 Irmão(a)
5. Escolaridade:
 Sem escolaridade
 Ensino Fundamental incompleto
 Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto
 Ensino Médio completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior completo
6. Renda familiar:
 Até 1 salário mínimo
 1 a 3 salários mínimos
 Acima de 3 salários mínimos

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

() Feminino

() Masculino

3. Formação:

() Médico

() Enfermeiro

4. Escolaridade:

() Ensino superior

() Especialização/residência

() Mestrado

() Doutorado

5. Se especialista, mestre ou doutor, em quê?

6. Tempo de atuação na esf _____

7. Tempo de atuação no município? _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ao cuidador

Você está sendo convidado pela pesquisadora Natália Arrais Albuquerque para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CRIANÇAS PREMATURAS SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os participantes da pesquisa serão os familiares/cuidadores (pai, mãe, tios, avós, ou responsável legal) de crianças prematuras e profissionais de saúde (médico e enfermeiro), vinculados à Estratégia Saúde da Família. Essa pesquisa tem como objetivo “Avaliar a atenção às crianças prematuras, na Estratégia Saúde da Família, sob a percepção do cuidador e dos profissionais da saúde, em um município de pequeno porte, do interior do Ceará.”

Como familiar ou cuidador, sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde, possibilitando a identificação de fragilidades e/ou potencialidades da Atenção Primária em Saúde, que é ofertada aos bebês prematuros.

O estudo será importante, pois permitirá avaliar os efeitos dos cuidados primários sobre a saúde da população, em especial, ao cuidado prestado aos prematuros. Mesmo sabendo sobre os benefícios da atenção primária, ainda existem poucos estudos de avaliação desse tipo de atenção, com foco no cuidado ao bebê prematuro. Dessa forma, essa pesquisa poderá trazer importantes contribuições para melhoria da atenção primária.

Caso aceite preciso que responda ao instrumento, que consta de 25 perguntas. A entrevista será feita no seu domicílio e contamos com cerca de “30 minutos” da sua atenção.

Este estudo implica em riscos mínimos para sua saúde, apenas a possibilidade de haver constrangimento diante das perguntas, durante a entrevista. No entanto, será resguardado o direito, da respondente, de retirar alguma pergunta, a qual lhe cause constrangimento.

Garanto-lhe que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida e sua identidade ficará protegida, isto é você não será identificada, na medida em que os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, bem como a sua participação não o trará nenhum custo bem como não receberá pagamento para realização dessa pesquisa.

Será garantido, também, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com o senhor (a) (entrevistado), no qual a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos dados da pesquisa nos seguintes contatos listados à seguir:

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Natália Arrais Albuquerque

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefones para contato: (85) 3366-8448

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Senador Pompeu, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

Nome da testemunha
(se o voluntário não souber ler)

Data

Assinatura

Nome do profissional
que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ao profissional de saúde

Você está sendo convidado pela pesquisadora Natália Arrais Albuquerque como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CRIANÇAS PREMATURAS SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os participantes da pesquisa serão os familiares/cuidadores (pai, mãe, tios, avós, ou responsável legal) de crianças prematuras e profissionais de saúde (médico e enfermeiro), vinculados à Estratégia Saúde da Família. Essa pesquisa tem como objetivo “Avaliar a atenção às crianças prematuras, na Estratégia Saúde da Família, sob a percepção do cuidador e dos profissionais da saúde, em um município de pequeno porte, do interior do Ceará.”

Como profissional de saúde, sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção prestada no seu serviço de saúde, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), possibilitando identificar as fragilidades e/ou potencialidades da Atenção Primária em Saúde, que é ofertada aos bebês prematuros e comparar a qualidade dos cuidados primários sob a perspectiva de familiares/cuidadores e profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

O estudo será importante, pois permitirá mensurar a efetividade da atenção sobre a saúde da população, em especial, ao cuidado prestado aos prematuros. Apesar de haver evidências científicas sobre os benefícios da Atenção Primária, com relação aos resultados dos serviços de saúde, ainda há uma escassez de estudos de avaliação da atenção primária, com foco no cuidado ao bebê prematuro. Por conseguinte, tal avaliação poderá trazer importantes contribuições, para efetivar a orientação para atenção primária, dentro dos serviços de saúde.

Necessita de disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, que consta de 25 perguntas. A entrevista será feita no seu domicílio e contamos com cerca de “30 minutos” da sua atenção.

Este estudo implica em riscos mínimos para sua saúde, apenas a possibilidade de haver constrangimento diante das perguntas, durante a entrevista. No entanto, será resguardado o direito, da respondente, de retirar alguma pergunta, a qual lhe cause constrangimento.

Garanto-lhe que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida e sua identidade ficará protegida, na medida em que os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, bem como a sua participação não o trará nenhum custo bem como não receberá pagamento para realização dessa pesquisa.

Será garantido, também, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com o senhor (a) (entrevistado), no qual a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos dados da pesquisa nos seguintes contatos listados à seguir:

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com o senhor (a) (entrevistado), no qual a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos dados da pesquisa nos seguintes contatos listados à seguir:

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Natália Arrais Albuquerque
Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115
Telefones para contato: (85) 3366-8448

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Senador Pompeu, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

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

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
--	------	------------

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
--	------	------------

ANEXO A - PCATool - Brasil versão Criança

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (**nome da criança**) como pessoa?

(Não leia as alternativas.)

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

() Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a)

_____ (**nome da criança**)? **(Não leia as alternativas.)**

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a): A5 - _____

(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança D – LONGITUDINALIDADE <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel mente, Sim	Provavelme nte, Não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1. Quando você vai ao “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	4()	3()	2()	1()	9()
D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “ <i>médico/ enfermeiro</i> ” que melhor conhece sua criança?	4()	3()	2()	1()	9()
D3 - Você acha que o “ <i>médico/enfermeiro</i> ” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4()	3()	2()	1()	9()
D4 – O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4()	3()	2()	1()	9()
D5 - O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4()	3()	2()	1()	9()
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4()	3()	2()	1()	9()
D7 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	4()	3()	2()	1()	9()

<i>Continuação</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel mente, Sim	Provavelme nte, Não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D8 - O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4()	3()	2()	1()	9()
D9 - O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4()	3()	2()	1()	9()
D10 - Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4()	3()	2()	1()	9()
D11 - Você acha que o (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua família bastante bem?	4()	3()	2()	1()	9()
D12 — O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4()	3()	2()	1()	9()
D13 — O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4()	3()	2()	1()	9()
D14 — O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4()	3()	2()	1()	9()

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”? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão F1) <input type="checkbox"/> Não sei /não lembro (Passe para a questão F1) <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
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()	3()	2()	1()	9()
E3 – O (a) “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	4()	3()	2()	1()	9()
E4 – O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E6 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	4()	3()	2()	1()	9()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

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

ANEXO B - PCATool - Brasil versão Profissionais

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais B – LONGITUDINALIDADE <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel mente, Sim	Provavelme nte, Não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4()	3()	2()	1()	9()
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4()	3()	2()	1()	9()
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4()	3()	2()	1()	9()
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4()	3()	2()	1()	9()
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4()	3()	2()	1()	9()
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4()	3()	2()	1()	9()
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4()	3()	2()	1()	9()
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4()	3()	2()	1()	9()

<i>Continuação</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel mente, sim	Provavelme nte, Não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4()	3()	2()	1()	9()
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4()	3()	2()	1()	9()
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4()	3()	2()	1()	9()
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4()	3()	2()	1()	9()
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4()	3()	2()	1()	9()

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()	3()	2()	1()	9()
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4()	3()	2()	1()	9()
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4()	3()	2()	1()	9()
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4()	3()	2()	1()	9()
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4()	3()	2()	1()	9()
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()

<p align="center">INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</p> <p align="center">PCATool - Brasil versão Profissionais</p> <p align="center">G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR</p> <p align="center"><i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i></p>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel mente, sim	Provavelme nte, 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()	3()	2()	1()	9()
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4()	3()	2()	1()	9()
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4()	3()	2()	1()	9()

ANEXO C

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRESTADA AO BEBÊ PREMATURO

Pesquisador: NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06312919.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.511.674

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora a emenda tem por justificativa coletar as informações dos nascidos vivos, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2018 à 31 de dezembro de 2018. A escolha anterior pelo ano de 2017 havia se dado pelo fato do Sistema utilizado para a coleta de dados, o SINASC local, não estar atualizado no período de confecção da pesquisa, podendo haver inconsistências naquele período.

Objetivo da Pesquisa:

A referida emenda tem por finalidade coletar as informações dos nascidos vivos, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2018 à 31 de dezembro de 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos no parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

Coletar as informações dos nascidos vivos, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2018 à 31 de dezembro de 2018. A escolha anterior pelo ano de 2017 havia se dado pelo fato do Sistema utilizado para a coleta de dados, o SINASC local, não estar atualizado no período de confecção da pesquisa, podendo haver inconsistências naquele período.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram anexados adequadamente.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.511.674

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_139532_2_E1.pdf	09/07/2019 19:40:17		Aceito
Outros	solicitacaodeemenda.pdf	09/07/2019 19:35:59	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisapcatool.pdf	20/03/2019 14:24:39	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais.pdf	20/03/2019 14:23:34	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_familiares.pdf	20/03/2019 14:23:14	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	25/01/2019 15:41:43	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	utilizacaodedados.pdf	24/01/2019 14:56:09	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	carta_apreciacao.pdf	24/01/2019 14:53:50	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar_pesquisadores.pdf	24/01/2019 14:46:36	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autor_institucional.pdf	23/01/2019 14:51:05	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/01/2019 14:44:09	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	23/01/2019 14:29:18	NATALIA ARRAIS ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.511.674

Não

FORTALEZA, 16 de Agosto de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br