

## Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança

*Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children*  
*Evaluación de los atributos esenciales de la Atención Primaria a la Salud del Niño*

**Juliane Pagliari Araujo<sup>I</sup>, Cláudia Silveira Viera<sup>II</sup>, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira<sup>I</sup>,  
Maria Aparecida Gaiva<sup>III</sup>, Rosa Maria Rodrigues<sup>I</sup>**

<sup>I</sup> Instituto Federal do Paraná. Londrina-PR, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel-PR, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá-MT, Brasil.

### Como citar este artigo:

Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1366-72. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>

Submissão: 06-08-2017

Aprovação: 09-11-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar presença e extensão dos atributos essenciais em serviços de atenção primária à saúde da criança com enfoque na avaliação de estrutura e processo. **Método:** Estudo avaliativo, quantitativo, realizado em 23 unidades básicas de saúde tradicionais, em município do Paraná, com 548 cuidadores de crianças menores de 12 anos, utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Brasil), versão criança. Escores essencial e geral da atenção primária foram calculados seguindo a metodologia proposta para tal, com ponto de corte  $\geq 6,6$ . **Resultados:** Os escores dos atributos essenciais em relação à estrutura são: Acessibilidade (5,5), Grau de afiliação (6,9), Integralidade - Serviços Disponíveis (6,0) e Coordenação - Sistema de informação (7,4). Quanto ao Processo, resultaram: Acesso de Primeiro Contato - Utilização (8,6), Longitudinalidade (6,1), Integralidade - Serviços Prestados (6,1) e Coordenação - Integração dos Cuidados (6,9). **Conclusão:** O escore essencial foi 6,6 e o geral 6,3, evidenciando fraca orientação para atenção primária à saúde.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Gestão em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem Pediátrica.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the presence and extent of essential attributes in primary health care services for children, focusing on the evaluation of structure and process. **Method:** Evaluative, quantitative study carried out in 23 traditional basic health units in a city in Parana State, with 548 caregivers of children under 12 years old, using the Primary Care Assessment Instrument (PCATool Brazil), child version. Essential and general scores of the primary care were calculated according to the methodology proposed, with a cut-off score  $\geq 6.6$ . **Results:** The scores of the essential attributes in relation to structure are: Accessibility (5.5), Kinship (6.9), Integrity of care - Services Available (6.0) and Coordination - System information (7.4). As for the Process, the following results were obtained: First visit - Use (8.6), Longitudinally (6.1), Integrity - Services Provided (6.1) and Coordination - Integration of Care (6.9). **Conclusion:** The essential score was 6.6 and the general score was 6.3, showing weak focus on primary health care.

**Descriptors:** Primary Health Care; Child Health; Health Management; Quality of Health Care; Pediatric Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la presencia y la extensión de los atributos esenciales en los servicios de atención primaria a la salud del niño, con enfoque en la evaluación de la estructura y el proceso. **Método:** Se trata de un estudio evaluativo, cuantitativo, realizado en 23 unidades básicas de salud tradicionales del municipio de Paraná, entre 548 cuidadores de niños menores de 12 años, utilizando el Instrumento de Evaluación PCATool Brasil, versión para niños. Las puntuaciones iniciales y generales de la atención primaria se calcularon siguiendo la metodología propuesta, con punto de corte  $\geq 6,6$ . **Resultados:** Las puntuaciones de los atributos

essenciais con relación a la estructura son: Accesibilidad (5,5), Grado de afiliación (6,9), Integralidad - Servicios Disponibles (6,0) y Coordinación - Sistema de información (7,4). En cuanto al Proceso, se encuentran: Acceso de Primer Contacto - Utilización (8,6), Longitudinalidad (6,1), Integralidad - Servicios Prestados (6,1) y Coordinación - Integración de los Cuidados (6,9). **Conclusión:** La puntuación principal fue de 6,6 y la general, 6,3, demostrando una orientación precaria de la atención primaria a la salud.

**Descriptores:** Atención Primaria a la Salud; Salud del Niño; Gestión en Salud; Calidad de la Asistencia a la Salud; Enfermería Pediátrica.

AUTOR CORRESPONDENTE Claudia Silveira Viera E-mail: clausviera@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Na busca de mudanças no paradigma de pensar e agir sobre a saúde, desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em 1978<sup>(1)</sup>, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ganhando destaque no intuito de investir em um novo modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, discute-se a APS renovada, cujos objetivos são revigorar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável a fim de solucionar os problemas de saúde, preparar os serviços para novos desafios e melhorar a qualidade da atenção à saúde<sup>(2)</sup>.

A APS pode ser entendida como o nível de atenção que proporciona a primeira entrada no sistema de saúde, disponibilizando atenção à pessoa no decorrer do tempo e assistindo aos problemas mais comuns da comunidade por meio da oferta de serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde<sup>(3)</sup>.

Para que o serviço de saúde seja orientado à APS, deve apresentar de forma efetiva *atributos essenciais*, representados pelo acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e *atributos derivados*, com orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural<sup>(3)</sup>. Assim, ter-se-á uma APS ordenadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, desenvolvendo as três funções essenciais desse nível de atenção: a comunicação, a responsabilização e a resolutividade<sup>(4)</sup>.

Com essas características presentes e desenvolvidas de maneira ativa e eficaz, uma APS resolutiva deve dar respostas a, em torno de, 85% dos problemas de saúde<sup>(3)</sup>. No Brasil, a APS está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), nomeadamente implementados por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

No que diz respeito ao cuidado às crianças nos serviços de APS, foco da discussão deste artigo, observa-se que ainda se apresenta pouco resolutivo, centrado no modelo de atenção biomédico, fragmentado e com foco na assistência às doenças agudas e no atendimento às demandas espontâneas. Apesar das inúmeras transformações nas diretrizes e políticas de saúde voltadas à população infantil, o cenário de morbidades e mortalidade infantis expõe a falta de articulação e integralidade, representadas pelos elevados índices de mortalidade infantil evitável (66,56%) e de hospitalizações por causas evitáveis (65,2%)<sup>(5-9)</sup>.

## OBJETIVO

Identificar a presença e extensão dos atributos essenciais em serviços de atenção primária à saúde da criança com

enfoque na avaliação de estrutura e processo na percepção dos cuidadores.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo obedeceu aos preceitos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

### Desenho, local do estudo e período

O presente estudo, de abordagem quantitativa, avaliativa, integrou projeto multicêntrico, desenvolvido nos estados do Paraná e Paraíba. Os dados ora apresentados referem-se à dimensão do estudo desenvolvido em município no interior do Estado do Paraná, em 24 unidades de APS, das quais, à época da coleta de dados, 23 eram unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) e uma unidade com duas equipes de saúde da família (ESF). A pesquisa foi desenvolvida de junho de 2012 a novembro de 2013.

Como uma das propostas de avaliação dos serviços de saúde, tem-se o referencial de Donabedian<sup>(10)</sup>, que propõe a análise da estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde, cada um com características igualmente importantes e complementares, as quais devem ser utilizadas em conjunto para avaliar as ações em saúde<sup>(11)</sup>.

Nessa proposta<sup>(10)</sup>, a estrutura é conceituada como sendo o lugar em que o cuidado ocorre, ou seja, os recursos necessários para o processo assistencial, abrangendo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional do serviço<sup>(10)</sup>. O processo corresponde às atividades da equipe de saúde na assistência ao usuário, sendo medido conforme os padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões, incluindo os componentes técnicos e as relações interpessoais. O resultado é compreendido como alterações nos resultados de cuidado de saúde, incluindo o grau de satisfação, estado de saúde, inclusão e conhecimento do usuário sobre sua saúde, entre outros<sup>(10-11)</sup>. Embasando-se nesse modelo de avaliação, Starfield e colaboradores desenvolveram um instrumento de avaliação da APS denominado *Primary Care Assessment Tool - PCATool*<sup>(12)</sup>. O *PCATool* é instrumento que teve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e tem condições de medir aspectos de estrutura e processo dos serviços de saúde. A versão validada no Brasil é composta por 55 questões apresentadas com respostas em escala tipo Likert com escore de 1 a 4 para cada elemento que compõe o atributo: com certeza sim (4); provavelmente sim (3); provavelmente não (2); com certeza não (1).

O *PCATool*, agrupado pelas dimensões de estrutura e processo, compreende: a) estrutura: longitudinalidade - grau de afiliação com serviço de saúde; acesso de primeiro contato - acessibilidade; coordenação - sistema de informações; integralidade - serviços disponíveis; b) processo: acesso de primeiro contato - utilização; longitudinalidade; coordenação - integração de cuidados; integralidade - serviços prestados. Para a coleta de dados na presente pesquisa, utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária-*PCATool*-Brasil, versão criança<sup>(13)</sup>.

### População ou amostra

Os sujeitos de estudo foram cuidadores/familiares de crianças menores de 12 anos atendidas nas unidades de APS do município em estudo, selecionadas entre os usuários do serviço, que realizaram pelo menos duas consultas anteriores à do dia da coleta de dados, nos últimos seis meses que a antecederam. Considerou-se como critérios de inclusão: residir em área urbana; ter condições para ser o respondente do formulário, tais como capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados; o acompanhante da criança na unidade de saúde ser seu principal cuidador; a idade da criança ser de até doze anos; o cuidador/respondente conhecer a unidade que avaliou; moradores respondentes residentes fora da área de territorialização, mas que utilizavam aquele serviço por opção, foram incluídos.

Para o cálculo amostral, primeiramente, foi realizada a pesquisa nos registros das unidades de saúde para o levantamento do número de atendimentos dos últimos seis meses para crianças menores de doze anos. A fonte de informações foi originada no TABWIN, com relatórios produzidos por procedimentos, no município, para crianças com até doze anos incompletos, compreendendo 34.369 atendimentos. A partir desse dado, calculou-se a amostra, do tipo probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por unidade, estimada em 548 participantes.

A amostra estratificada foi definida conforme o cálculo estatístico<sup>(14)</sup>:

$$\frac{N_h}{N} = \frac{n_h}{n} \quad \text{onde: } N_h: \text{ tamanho do estrato populacional}$$

$N$ : tamanho da população  
 $n_h$ : tamanho do estrato amostral  
 $n$ : tamanho da amostra.

Foi realizado cálculo da margem de erro amostral com nível  $\alpha$  de 5%. Adotou-se uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95%, para obtenção da amostra de familiares/cuidadores a serem entrevistados.

### Protocolo do estudo

Para a coleta de dados, os cuidadores das crianças foram selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para atendimento médico ou de enfermagem, entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. A aplicação dos instrumentos foi realizada por alunos de graduação de enfermagem e medicina, previamente treinados pela equipe de pesquisa. Os pesquisadores abordavam os cuidadores e explicavam a

finalidade da pesquisa, convidando-os a participarem. Se houvesse anuência, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitada a sua assinatura. O preenchimento do formulário era feito pelo coletador de dados, de acordo com a orientação do manual de uso do instrumento<sup>(13)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Os formulários foram digitados em um banco de dados no Excel, com dupla entrada e conferência dos dados para maior confiabilidade. Para análise dos dados, utilizou-se o software SPSS 17.0, sendo feita a análise estatística descritiva mediante o cálculo da média, erro padrão, mínima e máxima. Para o escore do componente grau de afiliação, utilizou-se o seguinte algoritmo<sup>(13)</sup>:

1. Todas as respostas NÃO:  $A1 = A2 = A3 = 0$ , grau de afiliação = 1;
2. Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes:  $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$ , grau de afiliação = 2;
3. Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:  $A1 = A2$  ou  $A1 = A3$  ou  $A2 = A3$ , grau de afiliação = 3;
4. Todas as respostas SIM e relativas ao mesmo serviço:  $A1 = A2 = A3 = 1$ , grau de afiliação = 4.

Para obter o escore essencial da APS, foi calculada a média dos itens de cada elemento que compõe o atributo, bem como a média geral desses atributos, cujo valor obtido foi transformado em uma escala de 0-10 (escore obtido-1)X10/3<sup>(13)</sup>. O escore geral da APS foi obtido pela média dos escores de todos os atributos da APS dividido pelo número de atributos  $((A+B+C+D+E+F+G+H+I+J)/10)$ . Para comparação da presença e extensão dos atributos, utilizou-se como ponto de corte valores de escores  $\geq 6,6$ , definidos como elevados, e valores  $< 6,6$ , considerados baixos/insatisfatórios<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, apresentam-se os dados referentes à caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, sendo que em 440 (80,29%) das famílias o principal cuidador da criança era a mãe, 252 (45,99%) possuíam de 10 a 14 anos de estudo, 228 (41,61%) possuíam apenas um filho e 297 (54,20%) das famílias possuíam casa própria.

Na Tabela 2, constata-se que o escore essencial (6,6) da APS apresenta valor satisfatório na avaliação dos cuidadores, encontrando-se exatamente no valor mínimo satisfatório que é representado pelo ponto de corte para avaliação positiva da APS. No entanto, o escore geral da APS apresentou valor 6,3, demonstrando que os serviços de saúde avaliados não proporcionam os atributos em sua total extensão.

Em relação à estrutura, o acesso de primeiro contato - acessibilidade foi o atributo que obteve escore médio mais baixo (5,5), enquanto a coordenação apresentou o escore mais elevado (7,4). Relativo ao processo dos serviços de APS, os atributos com valores de escore mais baixos foram a longitudinalidade e a integralidade (6,1). O acesso de primeiro contato - utilização obteve escore médio de 8,6, apontando satisfação dos usuários em relação a esse atributo (Tabela 2).

**Tabela 1** – Caracterização das famílias das crianças menores de 12 anos de idade atendidas nos serviços de atenção primária à saúde, Cascavel, Paraná, Brasil, 2013, N = 548

Variável	Descrição	n	%
Principal cuidador da criança	Mãe	440	80,29
	Pai	13	2,37
	Avós	54	9,85
	Outros	41	7,46
Anos de estudo do cuidador principal	0 a 4 anos	51	9,31
	5 a 9 anos	205	37,41
	10 a 14 anos	252	45,99
	15 anos ou mais	14	2,55
	Não soube informar	26	4,74
Número de filhos na família	Um	228	41,61
	Dois	189	34,49
	Três	82	14,96
	Quatro ou mais	58	8,75
	Não informado/não sabe	1	0,18
Renda familiar	Menos que um SM	14	2,55
	Um SM	118	21,53
	Dois SM	202	36,86
	Três SM	129	23,54
	Mais que três SM	79	14,41
	Sem renda	1	0,18
Tipo de residência	Não soube informar	5	0,90
	Própria	297	54,20
	Alugada	182	33,21
	Cedida	68	12,41
	Invasão não legalizada	1	0,18

Nota: \*Salário mínimo (SM) vigente na época coleta dados: R\$ 678,00.

**Tabela 2** – Atributos essenciais e derivados dos serviços de Atenção Primária Saúde (APS) no município de Cascavel, Paraná, Brasil, 2013

Atributos Essenciais	Serviços de APS* (N = 548)			
	EM**	EP***	Mínimo	Máximo
<b>Estrutura</b>				
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	5,5	0,131	0	10
Grau de afiliação	6,9	0,128	0	10
Integralidade - Serviços Disponíveis	6,0	0,112	0	10
Coordenação - Sistema de informação	7,4	0,090	0	10
<b>Processo</b>				
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	8,6	0,135	1,1	10
Longitudinalidade	6,1	0,125	3,3	10
Integralidade - Serviços Prestados	6,1	0,302	0	10
Coordenação - Integração dos Cuidados	6,9	0,275	0	10
Escore Essencial da APS*	6,6	0,524	2,12	10
<b>Atributos Derivados</b>				
Orientação familiar	4,4	3,168	0	10
Orientação comunitária	5,1	3,301	0	10
Escore Geral da APS*	6,3	0,581	2,48	10

Nota: \*Atenção Primária em Saúde

\*\*Escore Médio, valores transformados (0-10); \*\*\*Erro padrão.

## DISCUSSÃO

O atributo acesso de primeiro contato no instrumento PCATool é constituído por estrutura – acessibilidade e processo – utilização. Os questionamentos alusivos à acessibilidade relacionam-se ao atendimento da criança no mesmo dia do adoecimento,

tempo de espera para consulta, facilidade de agendamentos e aconselhamentos via telefone<sup>(13)</sup>. Na avaliação da acessibilidade, o escore médio 5,5 indica fragilidade na estrutura dos serviços, podendo estar relacionada à falta ou pouca qualificação de recursos humanos, à falta de equipamentos, às dificuldades em agendamento de consultas, ao tempo de espera superior a 30 minutos, à área física inadequada ao atendimento gerando barreiras físicas à acessibilidade. Estudo realizado com crianças menores de um ano no interior de São Paulo, em unidades de saúde da família, utilizando o mesmo instrumento, apontou valores satisfatórios para a acessibilidade, pois as consultas eram agendadas previamente e a espera não era superior a 30 minutos<sup>(14)</sup>, diferindo do presente estudo. No entanto, outras pesquisas<sup>(15-16)</sup> indicam que existem barreiras de acesso às crianças nos serviços de APS estruturados em UBS tradicionais.

O atributo utilização é referido no instrumento pela informação se a procura do serviço de saúde refere-se aos momentos de adoecimento da criança ou às consultas de revisão, bem como se o serviço de APS realiza os encaminhamentos para especialistas<sup>(13)</sup>. O escore médio encontrado foi de 8,6, o que mostra uma inter-relação efetiva entre prestador e receptor do cuidado, levando à satisfação do usuário na dinâmica do cuidado em saúde (processo). Resultados positivos com relação ao processo também foram encontrados em outros estudos<sup>(17-18)</sup>. Destaca-se que a estrutura tem efeito sobre o processo do cuidado e, portanto, se complementam. Caso um de-

les apresente fragilidade, como ocorreu neste estudo, pode comprometer todo o resultado do atributo acesso de primeiro contato. Consequentemente, a fragilidade do acesso nos serviços de saúde pode comprometer a extensão de todos os demais atributos.

Garantir acesso universal às crianças em serviços de saúde de qualidade pode favorecer a resolutividade da atenção à



saúde, o que contribui para o atendimento a problemas de saúde agudos e crônicos<sup>(4)</sup>, articulando promoção da saúde e prevenção de doenças. Uma importante ferramenta para fomentar o acesso à criança e sua família aos serviços de APS é o acolhimento, facilitador do processo de cuidado, que, quando articulado com outras ferramentas, pode contribuir para a extensão dos demais atributos da APS.

A avaliação da estrutura relativa ao atributo longitudinalidade foi proposta pelo grau de afiliação dos serviços de saúde estudados. Para esta análise, considerou-se a existência de serviço de saúde onde os cuidadores geralmente levam as crianças quando estão doentes, se alguém nesse serviço conhece melhor a criança e qual o serviço ou profissional de saúde assume em maior grau a responsabilidade pelo seu atendimento<sup>(13)</sup>. Nos serviços avaliados, nas unidades de saúde tradicional, o grau de afiliação obteve escore médio 6,9, considerado acima do ponto de corte (6,6). A estrutura do cuidado nesse mesmo atributo foi bem avaliada nos serviços estudados, em consonância com outras investigações<sup>(19-22)</sup>. Observa-se que nesse elemento do atributo longitudinalidade não houve diferenças em relação ao modelo de atenção. No entanto, os estudos supracitados indicam que a procura pelo serviço de saúde ocorre mesmo que as mães estejam insatisfeitas com o atendimento, desconfiem da competência do profissional e convivam com uma relação sem vínculo, por não terem outra opção de cuidado.

Para que a longitudinalidade seja efetiva e os serviços de saúde orientados para a APS, o vínculo ou grau de afiliação deve ocorrer entre a família da criança e o serviço de saúde. Contudo, apesar deste estudo apresentar bons resultados para a estrutura da longitudinalidade, muitas vezes, o vínculo é estabelecido com um único profissional de saúde (enfermeiros ou médicos), prática essa que torna a assistência pouco resolutive e pautada em ações fragmentadas, refletindo na avaliação do processo desse atributo, cujo resultado não foi satisfatório (escore médio 6,1).

A avaliação do processo da longitudinalidade refere-se ao acompanhamento da criança pelo mesmo profissional de saúde ao longo de um período de tempo, o conhecimento dos profissionais sobre a história clínica da criança, a comunicação entre profissional de saúde e mãe e o conhecimento do profissional sobre a família da criança<sup>(13)</sup>. Os aspectos que apresentaram médias insatisfatórias foram referentes ao conhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde mais importantes para a família da criança, as atividades laborais que os familiares desenvolvem e ao interesse dos profissionais em saber se a família teria dificuldades em obter ou pagar os medicamentos. Percebeu-se a longitudinalidade como não efetiva, uma vez que os profissionais de saúde não ampliam o cuidado para a família, fragilizando a orientação familiar.

Conhecer a história de saúde das crianças, criar vínculo com a família e, assim, fortalecer a longitudinalidade e obter resolutive aumentaria a satisfação do usuário com o serviço de saúde e dos profissionais com o trabalho realizado. A extensão da longitudinalidade nos serviços de APS é fator essencial, pois outros atributos característicos da APS, como acesso, orientação familiar e comunitária, também ganham força, visto que a família já tem vínculo com o serviço. Além disso, o acesso é uma condição para que a longitudinalidade

ocorra. A presença do vínculo da família/criança com o serviço de saúde traz como vantagem adicional maior possibilidade de que o atributo da integralidade seja atendido<sup>(23)</sup>.

O modelo de assistência à saúde está diretamente relacionado com a extensão da longitudinalidade e a presença dos princípios da ESF, ou seja, esse modelo assistencial quando adequadamente implementado favorece a longitudinalidade, tendo maior resolutive dos problemas na atenção primária, reduzindo custos e melhorando a qualidade do cuidado<sup>(22)</sup>. Porém, a efetividade da APS só ocorre quando todos os atributos estão presentes em toda sua extensão.

Outro atributo avaliado foi a integralidade, analisada entre serviços disponíveis (estrutura) e serviços prestados (processo). A oferta de serviços relacionada à integralidade deve ser desenvolvida mediante as necessidades de saúde da população, disponibilizada a todo o momento, independentemente das dificuldades dos serviços<sup>(3)</sup>.

Na avaliação da estrutura da integralidade, as perguntas estão relacionadas ao conjunto de serviços disponíveis na APS, entre eles: imunização, aconselhamento e tratamento de problemas visuais, aconselhamento para planejamento familiar, programas de suplementação alimentar, suturas, ações voltadas ao uso das drogas e problemas de saúde mental, aconselhamento e teste para HIV<sup>(13)</sup>.

O escore médio (6,0) da estrutura da integralidade obteve valor considerado insatisfatório para a extensão desse atributo na APS, resultado semelhante ao apresentado em outros estudos<sup>(14-17)</sup>. Essa realidade demonstra a necessidade da APS ampliar a rede de serviços ofertados, atendendo às necessidades básicas de saúde da população infantil e suas famílias, e a oferta de cuidados, tais como orientações e manejo das condições comuns, mas com impacto considerável na saúde das famílias e comunidade, como alcoolismo e uso de drogas, entre outros. A ausência da estrutura pode implicar na baixa qualidade da assistência, embora a estrutura adequada não implique necessariamente alta qualidade, apontando apenas um potencial para sua existência.

Na avaliação do processo do atributo da integralidade, estão relacionadas questões referentes às orientações de como manter a criança saudável, crescimento e desenvolvimento, e segurança da criança<sup>(13)</sup>. O escore médio 6,1 aponta que o processo da integralidade foi considerado insatisfatório pelos cuidadores. O atendimento da criança na APS deve ser permeado por estratégias focadas no cuidado integral e ampliado para a promoção da saúde e prevenção das doenças. A estrutura e o processo do atributo integralidade não atingiram o ponto de corte (6,6) para que fosse considerado satisfatório, fragilizando a efetividade da APS na realidade estudada.

A coordenação da atenção, que envolve o sistema de informação (estrutura) e a integração de cuidados (processo), nessa avaliação, encontrou-se satisfatório, constituindo-se no atributo melhor avaliado pelos cuidadores. O elemento sistema de informação é composto por três questões que norteiam as informações sobre os prontuários e demais registros das crianças, como a caderneta da criança e o conhecimento e leitura dos prontuários por parte dos pais. O escore médio 7,4 aponta satisfação dos usuários frente à estrutura do atributo coordenação. Para que a coordenação seja efetiva, a APS deve apresentar

três funções essenciais: organização dos fluxos e contra fluxos dos usuários pelas diversas áreas de atenção, responsabilização pela saúde e o acompanhamento dos usuários em qualquer nível de atenção à saúde em que estejam, e resolução da maioria dos problemas da população dentro do sistema de saúde<sup>(13)</sup>.

Por sua vez, o atributo coordenação – integração dos cuidados compreende encaminhamentos das crianças para consultas com especialistas ou serviços especializados, bem como o envolvimento do serviço de APS com esses encaminhamentos. O escore médio 6,9 indica que esse atributo foi considerado satisfatório pelos usuários. A comunicação efetiva entre os serviços de APS e os serviços especializados é uma das necessidades para que a coordenação da atenção seja efetiva, que deve ser entendida como uma metodologia para ampliar as estratégias e integrar elementos nas estruturas organizacionais<sup>(24)</sup>.

Cabe à coordenação da atenção o conhecimento e a disponibilização de informações referentes aos problemas de saúde e serviços prestados anteriores às necessidades do presente atendimento ao usuário<sup>(3)</sup>. Salienta-se que neste estudo a análise isolada do atributo coordenação mostrou escore satisfatório. No entanto, apesar desse resultado, no município estudado a coordenação da APS ainda precisa ser fortalecida, sendo consideradas como desafios a melhora da qualidade da informação nos prontuários, a implantação de prontuários eletrônicos em todos os serviços de saúde, a constituição de redes de atenção para otimizar o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede, assegurando os mecanismos de comunicação (a referência e a contrarreferência)<sup>(24)</sup>.

Ademais, para que a APS seja ordenadora do sistema de saúde, é preciso que articule todos seus atributos para obter a resolução da maior parte dos problemas de saúde da população, dentro de um tempo oportuno, com garantia de acessibilidade e continuidade da atenção e responsabilização pelo itinerário terapêutico do usuário. Tal consideração merece destaque, pois no escore essencial o valor obtido de 6,6 é o mesmo estabelecido para o valor de corte pelos autores do instrumento de avaliação. Por sua vez, o escore geral, que considera o enfoque do cuidado na família e na comunidade, ficou abaixo desse valor (6,3). Esse dado pode ser justificado, pois a realidade avaliada na APS do município estudado não dispunha de unidades da estratégia saúde da família.

Assim, faz-se necessário alterar o modelo de atenção vigente e ampliar as equipes de saúde da família. Além disso, é imprescindível estruturar essas equipes e discutir no seu interior os conceitos de saúde e doença, de determinação social da doença e o processo de trabalho centrado na família e nas diretrizes da APS<sup>(25)</sup>. Essas transformações são possíveis partindo do pressuposto de alteração do modelo de atenção, que deve ser voltado para além do cuidado biológico, abrangendo o cuidado familiar e a participação da comunidade nas ações de promoção e prevenção.

Os achados mostram que o escore essencial da APS estava abaixo do valor de corte, indicando que os serviços de saúde avaliados não proporcionam os atributos essenciais em sua total extensão, o que evidencia fraca orientação para atenção primária à saúde.

A presença e integração da estrutura e processo dos atributos essenciais são fundamentais para a efetividade dos serviços e sua orientação para a APS. A avaliação e comparação da estrutura e processo, no contexto das necessidades da população infantil, ampliam a percepção de que a organização dos serviços de saúde, assim como o processo do cuidado, deve ser alterada para que os resultados da APS sejam efetivos e resolutivos.

O comprometimento da equipe interdisciplinar e gestores da saúde são imprescindíveis para que ocorra a implementação de políticas existentes, como a consolidação e ampliação da ESF, que insere em sua prática os modelos de inovação e reestruturação já elaborados pelo Ministério da Saúde, como as redes de atenção, resgatando o conceito ampliado do processo saúde-doença e do trabalho em equipe com foco na promoção da saúde.

Esses resultados apresentam limitações, pois apontaram somente a visão dos cuidadores, sendo necessário expandir aos demais atores sociais, como os profissionais de saúde e gestores. Outra limitação refere-se ao fato da amostra dos serviços não ter contemplado unidades de saúde da família e ter sido realizada em município de médio porte na região sul do país. Portanto, a generalização dos resultados deve ser cautelosa. No entanto, os resultados, ao serem devolvidos aos serviços, poderão servir de alerta para os profissionais que atuam junto à população infantil e gestores da APS, contribuir para a qualificação desses serviços, bem como subsidiar investimentos em outras pesquisas sobre a temática, tendo em vista a sua relevância para o cuidado da criança.

#### **Limitação do estudo**

O estudo foi realizado com cuidadores de crianças atendidas nos serviços de APS do município. Nesse sentido, seus resultados devem ser tomados sob esse ponto de vista, o qual pode ser ampliado com estudos na mesma realidade, que façam essa avaliação na ótica dos profissionais e gestores. Assim, pode-se obter uma compreensão do serviço de atenção à saúde da criança em sua totalidade.

#### **Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública**

A Atenção Primária à Saúde se constitui na esfera do sistema de saúde que assume e deveria ofertar o cuidado a todos os segmentos populacionais adscritos em seu território, devendo promover sua inserção nos serviços de saúde e assumir a responsabilidade pela continuidade do cuidado ao longo de suas vidas. No entanto, a efetividade da atenção à saúde prestada por essa esfera demanda alguns elementos para que se operacionalize o cuidado resolutivo. Para tanto, reconhecer a extensão desses atributos possibilita a compreensão de como a APS se caracteriza. Assim, este estudo contribui para a necessária reflexão sobre os resultados da avaliação dos serviços de saúde pelos atores envolvidos no processo, como estratégia de reconhecimento dos problemas que impedem que tais serviços sejam efetivos, contribuindo para se identifiquem formas de reorganizar o modo de atenção vigente e o processo de trabalho em saúde.

A enfermagem é o grupo profissional cuja atuação na APS é expressiva, sendo propulsor de muitas ações desenvolvidas nesse ponto de atenção. A avaliação do processo e estrutura da APS mostra que é preciso que a oferta dos serviços seja organizada a partir da equipe de saúde, centrada no usuário dos serviços, ao contrário do evidenciado, em que a centralidade do processo de trabalho está em um único profissional, o médico. Para tanto, o enfermeiro e sua equipe são elementos-chaves para que o processo de trabalho se reorganize, que deixa de ser médico centrado e passa a atuar com demanda programada nesse ponto de atenção, permeado pelo trabalho em equipe e utilizando as ferramentas de trabalho da tecnologia leve e leve-dura disponíveis para esse grupo profissional e que contribuem para a resolução de muitos dos problemas de acesso enfrentados pelos usuários da APS.

## CONCLUSÃO

A avaliação dos serviços de saúde perfaz uma iniciativa no sentido de novos avanços para remodelar a assistência e modificar o processo de trabalho. O PCATool Brasil, versão criança,

utilizado neste estudo, representa um instrumento adequado de avaliação e comparação de estrutura e processo dos serviços de APS. Os escores evidenciados pelo instrumento de avaliação demonstraram fraca orientação para atenção primária à saúde no município em estudo.

Dentre os atributos avaliados, houve baixo índice de satisfação dos usuários com relação ao Acesso de primeiro contato – acessibilidade, Integralidade – serviços disponíveis. Portanto, apesar da APS ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, diante da realidade empírica, percebeu-se a necessidade de mudanças no modo de organização do processo de trabalho e da oferta de serviços, atualmente voltada à intervenção no momento da doença, com investimento em modelo assistencial que articule todos os atributos da Atenção Primária à Saúde.

## FOMENTO

Pesquisa desenvolvida com fomento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

---

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. WHO; 2008.
2. Paim JS. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 20];29(10). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, MS; 2002.
4. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015.
5. Simões MA, Pabis FC, Freitas AKE, Watanabe PK, Kayano RM, Noronha L. Preventable causes of death and factors associated with newborn survival at a university hospital in Curitiba, Paraná, Brazil. *J. Bras Patol Med Lab* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 30];52(5):338-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v52n5/1676-2444-jbpm-52-05-0338.pdf>
6. Ferrer APS, Grisi SJFE. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 30];62(6):513-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v62n6/0104-4230-ramb-62-6-0513.pdf>
7. Konstantyner T, Mais LA, Taddei JAAC. Factors associated with avoidable hospitalization of children younger than 2 years old: the 2006 Brazilian National Demographic Health Survey. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 30];14:69. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546099/pdf/12939\\_2015\\_Article\\_204.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546099/pdf/12939_2015_Article_204.pdf)
8. Cecil E, Bottle A, Sharland M, Saxena S. Impact of UK Primary Care Policy Reforms on short-stay unplanned hospital admissions for children with primary care-sensitive conditions. *Ann Fam Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 30];13(3):214–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427415/pdf/0130214.pdf>
9. Avelino CCV, Goyatá SLT, Nogueira DA, Rodrigues LBB, Siqueira SMS. Quality of primary health care: an analysis of avoidable hospitalizations in a Minas Gerais county, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 25];20(4):1285-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01285.pdf>
10. Donabedian A. The seven pillar of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-18.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [cited 2015 Jun 15];83(4):691-29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
12. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care* [Internet] 2009 [cited 2015 Jun 10];18(6):44-8. Available from: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Malouin%202009.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool-PCATool – Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
14. Furtado MC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 25];21(2):554-61. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt\\_0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf)

15. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Children's Health in Brazil: orienting basic network to Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 10];21(9):2961-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2961.pdf>
16. Santos NCCB, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Family-centeredness and community orientation according to three child health care models. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 15];29(6):610-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n6/en\\_1982-0194-ape-29-06-0610.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n6/en_1982-0194-ape-29-06-0610.pdf)
17. Silva RMM, Viera CS, Toso BRGO, Neves ET, Rodrigues RM. Problem-solving capacity in children health care: the perception of parents and caregivers. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 24];26(4):382-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/en\\_v26n4a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/en_v26n4a13.pdf)
18. Finkler AL, Viera CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary health care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 May 10];27(6):548-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0548.pdf>
19. Oliveira VBCA, Veríssimo MLÓR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 20];49(1):30-36. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0030.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0030.pdf)
20. Ferrer APS, Brentani AVM, Sucupira ACSL, Navega ACB, Cerqueira ES, Grisi SJFE. The effects of a people-centered model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services—Brazilian evidence. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014[cited 2015 Nov 20];29(Suppl 2):ii107–ii113. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202922/pdf/czu077.pdf>
21. Frank BRB, Viera CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRGO. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 21];39(105):400-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00400.pdf>
22. Vaz EMC, Magalhães RKBPM, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 Feb 12];36(4):49-54. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51862/35662>
23. Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016[cited 2017 Mar 19];37(4):e57067. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n4/0102-6933-rngenf-1983-144720160457067.pdf>
24. Souza GT, Alves BA, Tacla MTGM, Collet N, Toso BRGO. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. *Semina: Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 22];36(1):39-46. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18420/17289>
25. Reichert APS, Leôncio ABA, Toso BRGO, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2016 [cited 2017 May 25];21(1):119-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0119.pdf>