

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ACESSO, COORDENAÇÃO E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Bárbara de Andrade Alves Dornelles¹, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla², Edilaine Giovanini Rossetto³, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso⁴, Louise Marina Silva Fontana⁵, Gisleine Tiemi de Souza⁶, Flávia Lopes Gabani⁷

RESUMO

Objetivo: avaliar os atributos acesso, coordenação e integralidade da Atenção Primária à Saúde das crianças menores de 12 anos, em município do Sul do Brasil. **Método:** trata-se de pesquisa quantitativa, avaliativa, parte de estudo multicêntrico, em que foram avaliados registros de 39 unidades básicas de saúde. Utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* versão criança, aplicado a 609 cuidadores, para avaliação dos atributos acesso (utilização e acessibilidade), coordenação (integração de cuidados e sistema de informações) e integralidade (serviços disponíveis e prestados). Valores de escores maior ou igual a 6,6 foram definidos como elevados e equivalentes ao valor 3 ou mais da escala *Likert*. **Resultados:** Apresentaram grau de orientação satisfatório para Atenção Primária à Saúde os atributos acesso de primeiro contato-utilização (9,4), coordenação-integração de cuidados (7,4), coordenação-sistema de informações (7,6) e integralidade-serviços prestados (6,9). Menores escores foram observados nos atributos acesso de primeiro contato-acessibilidade (4,8), e integralidade-serviços disponíveis (6,5). **Conclusão:** O vínculo com a Atenção Primária à Saúde é bom, porém há necessidade de aumento da oferta de consultas, agilidade nos atendimentos e ampliação de recursos tecnológicos de comunicação. Também se sugere aumento da disponibilização de serviços especializados às crianças com necessidades especiais.

Descritores: Avaliação de serviços de saúde; Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Saúde da criança.

¹Universidade Estadual de Londrina. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-6950-1036

²Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-8928-3366

³Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-0996-5154

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-7366-077X

⁵Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0003-3559-6484

⁶Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0003-4954-735X

⁷Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-9442-4896

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 196 trata a saúde como dever do Estado e direito de todos. No artigo 198 dispõe que os serviços e ações de saúde devem integrar uma rede de hierarquização e regionalização, organizados de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade no atendimento e controle social¹. Dos vários setores de desenvolvimento do SUS, a atenção à saúde da criança tem sido foco de grande preocupação entre profissionais, gestores e políticos, representando um campo de grande investimento para redução dos índices de mortalidade infantil²⁻³.

Neste contexto, enfatiza-se a importância do cotidiano dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pela concretização do desafio de integrar trabalhador, gestor e usuário nas práticas assistenciais, considerando as peculiaridades socioeconômicas dos locais de atuação⁴. APS é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares, como

orientação familiar e comunitária e competência cultural. Essa definição explicita os atributos essenciais e derivados da APS⁵.

O acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde é a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde – com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. A integralidade refere-se a uma variedade de serviços disponíveis e prestados pela APS, garantindo atendimento ao indivíduo não apenas doente, mas envolvido em contexto cultural e psicossocial. A coordenação da atenção pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária, por meio da coordenação entre os serviços, deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, visando promoção, prevenção, cura e reabilitação⁴⁻⁵. Entretanto, falhas nesse processo geram consequências, sobretudo na área pediátrica, com ocorrência de hospitalizações evitáveis

pela efetividade da atenção básica⁶.

A avaliação da APS deveria focar na aderência e desempenho de seus atributos antes mesmo da realização de análises simples de indicadores, pois estes princípios asseguram uma maior efetividade da atenção disponibilizada⁷⁻⁸. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o grau de orientação da APS em relação aos atributos Acesso, Integralidade e Coordenação, para crianças menores de 12 anos em cidade do Sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de caráter quantitativo que faz parte de um estudo multicêntrico em duas cidades no Estado do Paraná, e uma no Estado da Paraíba. Para este trabalho foram coletados e avaliados registros de 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da área urbana de uma cidade do Sul do Brasil. A população foi composta por familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de 12 anos.

O cálculo amostral originou-se do número de atendimentos nas UBS realizados no período de julho a dezembro de 2011, nas unidades mencionadas, compreendendo a faixa etária até 12 anos, totalizando 38.138. A

fonte de informações foi o TABWIN® (programa TAB para Windows), desenvolvido pelo DATASUS, que permite importar as tabulações sobre dados de saúde, realizar operações aritméticas e estatísticas, elaborar gráficos e construir e aplicar índices e indicadores de produção, planejamento e programação de serviços, com relatórios produzidos por procedimentos.

A partir desse total, estimou-se o tamanho da amostra para a aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Brasil, versão criança, nos serviços determinados, por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por região, unidade e número de crianças por cada unidade. Esta escolha se justifica em razão da heterogeneidade da população. A amostra foi estratificada como:

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

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

Também se realizou cálculo da margem de erro amostral com nível α de 5%, o qual nos fornece um $Z = 1,96$, em que Erro $E = 2,53$:

$$E = Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{(1-p)p}{n}}$$

O número total de participantes estimado foi de 609, com margem de erro adotada de 5% e intervalo de confiança de 95%. A escolha se deu por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica ou puericultura, entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Assim, convidava-se para entrevista o último familiar da fila de espera e, caso este não aceitasse, passava-se para o imediatamente anterior, e assim sucessivamente, até completude da cota amostral estabelecida para a unidade. Alunos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, previamente treinados, coletaram os dados.

Para aplicação dos instrumentos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: residir em área urbana do município; ter condições para ser o respondente do formulário, como capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados; o acompanhante da criança na unidade de saúde deveria ser seu principal cuidador; a idade da criança deveria ser até 12 anos incompletos; o cuidador/respondente deveria conhecer a unidade que estava avaliando. Desse modo, foram incluídos aqueles que levaram a criança para atendimento naquela determinada unidade por, pelo menos, duas vezes previamente

àquela em que estavam aguardando. Foram mantidos moradores respondentes residentes fora da área de territorialização, mas que utilizavam aquele serviço por opção.

Neste estudo, analisaram-se questões relacionadas aos atributos acesso (utilização e acessibilidade), coordenação (integração de cuidados e sistema de informações) e integralidade (serviços disponíveis e prestados). Para coleta e avaliação dos dados, seguiu-se o formulário conforme validação realizada por Harzheim e colaboradores⁹, cujo manual de utilização foi publicado pelo Ministério da Saúde⁷. As respostas são do tipo Likert, com possibilidade de escolha entre 1 e 4 para cada atributo, ou seja, "com certeza sim" (valor = 4), "provavelmente sim" (valor = 3), "provavelmente não" (valor = 2), "com certeza não" (valor = 1) e "não sei/não lembro" (valor = 0).

Obtidos os dados dos atributos, os valores foram transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez, com a utilização da seguinte fórmula: $\text{Escore ajustado} = [(\text{escore obtido} - 1) / (4 - 1)] \times 10$. Valores de escores maior ou igual a 6,6 foram definidos como elevados e equivalentes ao valor 3 ou mais da escala Likert. Os valores abaixo desse patamar foram, portanto, considerados baixos¹⁰.

Os dados foram tabulados e analisados sob forma de estatística simples de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e medianas, com auxílio de softwares de análise de dados quantitativos, como SPSS® versão 2.0 e Excel® 2010. O escore final de cada um dos indicadores do instrumento PCATool-Brasil versão criança foi dado pela média das respostas dos entrevistados.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 196/1996 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob parecer nº 061/2012 e CAAE 01295412.2.1001.0107. Fez-se o convite ao cuidador para participar da pesquisa quando este procurou a UBS para atendimento da criança, tendo-se realizado ali mesmo a coleta de dados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Depreendeu-se das 609 entrevistas realizadas que as mães eram as principais

cuidadoras das crianças (79,2%), seguidas pelas avós (13,9%). A faixa etária predominante foi de 20 a 59 anos (87,2%). Sobre o número de filhos por família, 39,7% tiveram apenas um, e 34,3% tinham dois. Em relação à escolaridade, 54,9% dos cuidadores tinham mais de dez anos de estudo. As mães, em sua maioria, eram do lar (35,8%), e os pais trabalhadores formais compreenderam 41,4%. Quanto ao tipo de união dos pais, 61,3% estavam casados, 16,6% em união estável e 12,7% solteiros.

Quando questionados sobre renda familiar, 78,2% afirmaram obter de dois a quatro salários mínimos mensais, sendo que 85,8% desses respondentes dependiam dessa renda para sustento de três a cinco pessoas. Cerca de 50% possuíam casa própria e tinham como principal meio de transporte o carro.

Quando avaliado o atributo acesso, o seu componente utilização foi altamente positivo, com o escore contínuo de 9,4. Esse valor procedeu do questionamento "Se a criança tem um novo problema de saúde, você vai à unidade de saúde de costume antes de ir a outro serviço?". Ainda compondo esse

esse atributo há a *acessibilidade*. Esse componente apresentou escore geral contínuo de 4,8, com todos os itens avaliados como não satisfatórios (escores abaixo de 6,6), conforme detalhado na Tabela 1.

O atributo coordenação foi subdividido no manual do PCATool⁷ em duas categorias: *integração de cuidados e sistema de*

informações. Na Tabela 2 estão apresentados os itens referentes à integração de cuidados. Esse item expressa a relação entre a UBS e o atendimento de especialistas, apresentando escore geral contínuo de 7,4.

A *coordenação dos sistemas de informação* espelha como se desenvolve a troca de registros da criança, como carteira de

Tabela 1 - Medidas descritivas dos escores médios da escala *Likert* e contínuos (0 a 10) do Atributo/Componente *Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade* da atenção primária à saúde da criança. Paraná, Brasil, 2012-2013

Indicadores	Escore médio da escala <i>Likert</i>	Escore contínuo 0-10
Quando o(a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome do médico/enfermeiro</i> " está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	2,8	6,1
Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome do médico/enfermeiro</i> "?	2,5	4,9
É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança (" <i>consulta de rotina</i> ") no(a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome do médico/enfermeiro</i> "?	2,9	6,5
Quando você chega ao " <i>nome do serviço de saúde / ou nome do médico/enfermeiro</i> ", você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	1,6	2,1
É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no " <i>nome do serviço de saúde / ou nome do médico/enfermeiro</i> " quando você pensa que é necessário?	2,4	4,7
Quando o " <i>nome do serviço de saúde / ou nome do médico/enfermeiro</i> " está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	2,3	4,4
Escore geral	2,4	4,8

como carteira de vacinação e outros exames, além do preenchimento e presença de prontuários na consulta, e o acesso do cuidador a essas informações. Neste item o valor do escore geral contínuo foi próximo ao

anterior (7,6), com detalhamento observado na Tabela 3.

Avaliou-se também o atributo integralidade, tendo como base duas categorias: *serviços disponíveis* e *serviços*

Tabela 2 - Medidas descritivas dos escores médios da escala *Likert* e contínuos (0 a 10) do Atributo/Componente *Coordenação - Integração de Cuidados* da atenção primária à saúde da criança. Paraná, Brasil, 2012-2013

Indicadores	Escore médio da escala <i>Likert</i>	Escore contínuo 0-10
O(a) "nome do serviço de saúde/ou nome do médico/enfermeiro" sugeriu/indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?"	3,4	8,1
O(a) "médico/enfermeiro" da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	3,5	8,3
O "médico/enfermeiro" de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	3,2	7,4
Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	3,0	6,6
O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado à sua criança no especialista ou serviço especializado?	3,0	6,6
Escore geral	3,2	7,4

Tabela 3 - Medidas descritivas dos escores médios da escala *Likert* e contínuos (0 a 10) do Atributo/Componente *Coordenação - Sistema de Informações* da atenção primária à saúde da criança. Paraná, Brasil, 2012-2013

Indicadores	Escore médio da escala <i>Likert</i>	Escore contínuo 0-10
Quando você leva sua criança ao (a) "nome do serviço de saúde/ou nome do médico/enfermeiro", o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	3,8	9,2
Quando você leva sua criança ao "nome do serviço de saúde/ou nome do médico/enfermeiro", você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)"	3,7	8,9
Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no "nome do serviço de saúde/ou nome do médico/enfermeiro"?	2,4	4,7
Escore geral	3,3	7,6

prestados. O primeiro grupo de questões apresentado na Tabela 4 elenca os serviços disponíveis na unidade e as respostas dos cuidadores sobre a presença e utilização destes, totalizando um escore geral contínuo de 6,5.

Analisando o subitem serviços

prestados, verificou-se um escore geral contínuo de 6,9. Na Tabela 5 são apresentados os escores fracionados por questões, que representam se o cuidador recebeu orientações sobre alimentação da criança, segurança no lar, crescimento e desenvolvimento, e seu comportamento.

Tabela 4 - Medidas descritivas dos escores médios da escala *Likert* e contínuos (0 a 10) do Atributo/Componente *Integralidade - Serviços Disponíveis* da atenção primária à saúde da criança. Paraná, Brasil, 2012-2013

Indicadores	Escore médio da escala <i>Likert</i>	Escore contínuo 0-10
Vacinas (imunizações).	3,9	9,6
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	3,6	8,6
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	3,5	8,2
Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	3,0	6,6
Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	2,9	6,4
Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir).	2,6	5,4
Sutura de um corte que necessite de pontos.	2,6	5,5
Aconselhamento para problemas de saúde mental.	2,4	4,6
Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	2,2	3,9
Escore geral	2,9	6,5

Tabela 5 - Medidas descritivas dos escores médios da escala *Likert* e contínuos do Atributo/Componente *Integralidade - Serviços Prestados* da atenção primária à saúde da criança. Paraná, Brasil, 2012-2013

Indicadores	Escore médio da escala <i>Likert</i>	Escore contínuo 0-10
Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	3,7	8,9
Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi.	3,3	7,6
Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	3,0	6,8
Maneiras para manter sua criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	2,9	6,3
Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	2,5	5,1
Escore geral	3,1	6,9

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstram que os atributos acesso de primeiro contato (utilização), coordenação (integração dos cuidados e sistemas de informações) e integralidade (serviços prestados) foram mais bem avaliados pelos cuidadores que os atributos acesso de primeiro contato (acessibilidade) e integralidade (serviços disponíveis).

Acesso pode ser descrito como uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados pessoais em promoção da saúde e prevenção de doenças. Nessa definição, o eixo do conceito passa a ser sinônimo de uso, caracterizando parte do instrumento do atributo acesso de primeiro contato - utilização^{7,11}, o qual apresentou resultado altamente positivo nesta pesquisa, com escore de 9,4. Resultados semelhantes foram identificados em Quatá (SP), com escore de 9,2¹², e Cascavel (PR), com 8,6¹³. Já em Montes Claros (MG)¹⁴, o escore foi de 5,5. Neste estudo, o bom escore apresentado pelo município reflete a existência de vínculo do usuário com a unidade, tendo-a como referência para atendimento inicial aos

problemas de saúde apresentados pela população. Starfield¹⁰ denomina esse acesso inicial como “porta de entrada”, o qual deve ser de fácil acesso e inerente à organização dos serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária e terciária).

Já a acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características que facilitam ou limitam o uso desses serviços por potenciais usuários. Nesta pesquisa, a acessibilidade obteve escore 4,8, valor não satisfatório ao grau de orientação do atributo na APS. É importante refletir sobre o que gera essa insatisfação, pois esse componente destaca-se na estrutura de um sistema de saúde para se atingir a atenção ao primeiro contato^{11,14-15}. Nesse contexto, enfatiza-se a atuação do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), promovido pelo governo federal, para criação de vínculo e direcionamento do usuário na APS. Contudo, diminuição na cobertura das equipes decorrente de alterações na gestão pública, influências políticas e financiamento inadequado contribuem em grande escala para a queda da boa avaliação da efetividade da APS¹⁶.

A efetividade pode ser mais precisamente especificada como o grau em que o cuidado – cuja qualidade está sendo avaliada – se eleva ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia estabeleceram como alcançáveis. Não é válido avaliar efetividade sem diagnosticar os pontos de estrutura e o processo do que será avaliado. A estrutura compreende objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; e o processo, todas as atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes¹⁷.

Portanto, quanto ao acesso de primeiro contato, na parte da estrutura em que é avaliada a utilização, o resultado obtido foi positivo, pois o usuário busca e necessita este serviço, e o vê como um lugar onde poderá encontrar atendimento para a criança. No entanto, no que se refere ao processo, percebe-se que há dificuldade quanto à acessibilidade, ou seja, para agendamento de consulta, atendimento rápido e outras vias de contato, como telefone. A acessibilidade pode ser vista como qualidade do que é acessível e possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde. Em linhas gerais, acessibilidade refere-se às características da assistência ofertada, e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade⁷.

A coordenação é indispensável para a concretização dos outros atributos da APS, mesmo com um acesso adequado, já que implica no conhecimento profissional de todos os problemas de saúde do paciente. As informações disponibilizadas dos atendimentos de diversos serviços necessitam estar relacionadas entre si, a fim de garantir continuidade da assistência às demandas atuais⁵. Em Curitiba (PR)¹⁸ e Montes Claros (MG)¹⁴, o atributo coordenação também obteve avaliação satisfatória dos cuidadores, atingindo escores de 6,9 e 7,7 respectivamente. Vale ressaltar que essas pesquisas não apresentaram separadamente os valores dos subgrupos dentro da coordenação.

Na categoria integração dos cuidados, a pergunta ao cuidador se o médico da criança conversou sobre a consulta com o especialista recebeu valor de escore limítrofe ao satisfatório ($\geq 6,6$). Talvez seja reflexo dos desafios enfrentados no atributo coordenação, em que o processo da APS conta com vários membros da equipe com informações diferentes, além de diversos especialistas com acompanhamentos de curta e longa duração¹⁹. Há, ainda, dificuldade em gerenciar casos de referência e contrarreferência entre os diferentes setores e níveis de atenção

(educação, saneamento, transporte etc.), que exigem diálogo e acompanhamento contínuos por meio de transferência de informações qualificadas^{5,19}.

Quando se perguntou ao entrevistado se ele poderia ter acesso ao prontuário da criança para ler, o escore foi significativamente baixo, demonstrando falta de informação aos usuários sobre seus direitos. As portarias do Ministério da Saúde nº 1286, de 1993, em seu artigo 8º, e nº 74, de 1994²⁰, garantem que “O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento”, devendo, portanto, receber informações quanto a isso.

Os sistemas de saúde podem potencializar a coordenação entre os níveis assistenciais por meio das seguintes reformas: aprimoramento das informações descritas nos prontuários de saúde, utilização de tecnologias (como computadores para anotações do paciente), mudança no primeiro nível de atenção para atender às demandas das doenças crônicas, revisão da destinação de recursos no setor ambulatorial em razão do progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível^{5,19}.

A análise das dimensões do atributo integralidade realizada separadamente, avaliando cada questão e não somente o valor

final do atributo como um todo, possibilitou fiscalizar dos diferentes itens envolvidos, com diagnóstico dos serviços disponíveis e prestados nas UBS de acordo com a percepção dos cuidadores. Usou-se essa mesma maneira de avaliação e interpretação em estudo de avaliação da APS no município de São Paulo²¹, em que o item vacinação também recebeu maior destaque, apesar dos baixos escores nos demais serviços disponíveis. Atribuiu-se esse resultado ao maior controle dos imunobiológicos pelos sistemas de informação das UBS, à busca ativa das carteiras de vacinação das crianças em atraso pelos agentes comunitários e às campanhas realizadas para atualização do calendário vacinal²¹.

A presente pesquisa, no entanto, diferenciou-se ainda por apresentar valor satisfatório nos itens planejamento familiar e aconselhamento para HIV. Outros estudos avaliativos da APS apresentaram apenas o escore final do atributo, e não cada questão que o compõe²²⁻²⁴. Os serviços mais bem reconhecidos pelos usuários estão relacionados à promoção e prevenção da saúde, como planejamento familiar, complementação nutricional e participação em programas sociais. Porém, quando se trata de acompanhamentos que requerem longitudina -

-lidade e especialidades complementares, como nas áreas de saúde mental e intervenção ao uso de álcool e drogas, a avaliação se apresentou desfavorável.

O componente serviços disponíveis do atributo integralidade merece destaque por avaliar a estrutura dos serviços da APS, considerando sua variabilidade, além da capacidade de que cada unidade deve dispor para manejar os problemas de saúde da população a ela vinculada^{13,22}. Já a avaliação do processo se relaciona ao componente serviços prestados pelo profissional da APS para a criança²². Neste estudo, obtiveram bons escores as questões que avaliavam se o cuidador recebeu informações sobre como manter a criança saudável e segura quanto aos acidentes com medicamentos, e sobre crescimento e desenvolvimento. Por outro lado, os cuidadores não fizeram boa avaliação quanto a orientações sobre manejos comportamentais na infância. Esses achados reforçam a necessidade de os profissionais considerarem o cuidado à criança numa perspectiva holística, englobando áreas biopsicossociais, com abordagem multiprofissional, sobretudo no campo da psicologia infantil, conforme recomendação ministerial²⁵⁻²⁷.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que os atributos *acesso (utilização)*, *coordenação (integração dos cuidados e sistemas de informações)* e *integralidade (serviços prestados)* foram mais bem avaliados pelos cuidadores em relação aos atributos *acesso (acessibilidade)* e *integralidade (serviços disponíveis)*. Estratégias de incentivo que aumentem a oferta de consultas, agilidade nos atendimentos e ampliação de recursos tecnológicos de comunicação devem ser fortalecidas. Além disso, há necessidade de maior disponibilização de serviços especializados às crianças com necessidades específicas.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo financiamento da pesquisa por meio do edital 014/2011, processo nº 474743/2011-0.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988 [citado 2023 Maio 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
2. Novaczyk AB, Dias NS, Gaiva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10:1124-37. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46819>
3. World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund (Unicef). Levels and trends in child mortality. Report 2021 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021>
4. Soder RM, Santos LE, Oliveira IC, Silva LAA, Peiter CC, Santos JLG. Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. *Rev Cubana Enfermer.* 2020 [citado 2023 Maio 25]; 36(1):e2815. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815>
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002 [citado 2023 Maio 25]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
6. Leão HM, Caldeira AP. Acessibilidade e trajetórias de cuidado para crianças com internações por condições sensíveis à atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(8):3301-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08882020>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
8. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al.. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017;22(6):1881-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
9. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. 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.* 2006 [citado 2023 Maio 25]; 22(8):1649-59. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v22n8/13.pdf
10. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
11. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(6):1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
12. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. *O mundo da saúde.* 2015;39(1):54-61. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.201539015461>
13. Araújo JP, Vieira CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(suppl 3):1447-54. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>

14. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2011;11(3):323-34. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>
15. Silva BIG, Ayello PR, Monteiro CN, Mafra ACCN, Almeida LY, Peres Neto J. Atributos da Atenção Primária à Saúde no Cuidado de Crianças em São Paulo/ SP. *Res., Soc. Dev.* 2023;12(3):e24912340758. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40758>
16. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(suppl 1):2543-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
17. Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México. 1984.
18. Chomatas ERV. Atenção primária da rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2000. Porto Alegre. Dissertação [mestrado em Medicina]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
19. Silva RMM, Silva Sobrinho RA, Neves ET, Toso BRGO, Vieira CS. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(4):1217-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00742014>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos do Paciente. Portaria do Ministério da Saúde nº1286, 1993 [citado 2023 Maio 25]. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/system/resources/W1siZiIsIjIwMTMvMDQvMjYvMTBfMDRfMTJfMTM4X1BvcnRhcmlhX25cdTAWYmFfMS4yODZfZGVfMjZfMTBfMTk5My5wZGYiXV0/Portaria>.
21. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude soc. São Paulo.* 2011;20(4):948-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>
22. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(9):1772-84. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
23. Carvalho JL, Colomé JS, Streck MTH, Menegazzo GR, Gomes BCF, Giordani JMA, et al. Prevalência de integralidade e fatores associados na saúde da criança em municípios da 4ª região de saúde do Rio Grande do Sul. *Rev Atenção Saúde.* 2021;19(67):289-301. <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7215>
24. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al.. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006;11(3):683-703. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>
25. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):794-802. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670518>
26. Silva GS, Fernandes DRF, Alves CRL. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020;25(8):3185-200. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.27512018>
27. Coutinho SED, Reichert APS, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. *Saúde debate.* 2020;44(124):115-29. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012408>

Recebido: 25 de janeiro de 2022

Aceito: 29 de julho de 2023

Autor(a) correspondente:

Flávia Lopes Gabani. Av Robert Koch, 60,
Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: lopesgabani@gmail.com