



## Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária\*

Children's health care assistance according to their families:  
a comparison between models of Primary Care

Asistencia a la salud del niño según sus familias: comparación  
entre modelos de Atención Primaria

Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira<sup>1</sup>, Maria de La Ó Ramallo Veríssimo<sup>2</sup>

\* Extraído da dissertação "Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança no município de Colombo-Paraná", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

<sup>1</sup> Doutoranda em Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Professora Doutora, Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To compare the health assistance models of Basic Traditional Units (UBS) with the Family Health Strategy (ESF) units for presence and extent of attributes of Primary Health Care (APS), specifically in the care of children. **Method:** A cross-sectional study of a quantitative approach with families of children attended by the Public Health Service of Colombo, Paraná. The Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool) was applied to parents of 482 children, 235 ESF units and 247 UBS units covering all primary care units of the municipality, between June and July 2012. The results were analyzed according to the PCA-Tool manual. **Results:** ESF units reached a borderline overall score for primary health care standards. However, they fared better in their attributes of Affiliation, Integration of care coordination, Comprehensiveness, Family Centeredness and Accessibility of use, while the attributes of Community Guidance/Orientation, Coordination of Information Systems, Longitudinality and Access attributes were rated as insufficient for APS. UBS units had low scores on all attributes. **Conclusion:** The ESF units are closer to the principles of APS (Primary Health Care), but there is need to review actions of child care aimed at the attributes of APS in both care models, corroborating similar studies from other regions of Brazil.

### DESCRIPTORS

Child; Primary Health Care; Health Evaluation; Child Health; Family Health Strategy.

### Autor Correspondente:

Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 –  
Cerqueira Cesar  
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: vcomassetto@usp.br

Recebido: 26/03/2014  
Aprovado: 15/10/2014

## INTRODUÇÃO

Passados mais de trinta anos da Conferência da Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) se consolidou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde<sup>(1)</sup>, por preconizar, além de outros benefícios, atendimentos iguais e com qualidade à população. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define a APS como uma “estratégia para organizar os Sistemas de Saúde de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral e integrada ao longo do tempo”<sup>(1-2)</sup>.

Em nível nacional, o Ministério da Saúde adotou, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) e expandir a APS. Segundo o Ministério da Saúde<sup>(3)</sup>, no Brasil, o número de equipes de saúde da família implantadas e o financiamento para a expansão da ESF vem aumentando, abrangendo 52,1% da população brasileira.

A literatura científica apresenta evidências sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência<sup>(4)</sup>. Destaca-se que a maior parte dos estudos está centralizada em sistemas de saúde de países desenvolvidos<sup>(4)</sup>. Entretanto, existem evidências do impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde de países emergentes, principalmente localizados na América Latina.

No cenário internacional, observa-se<sup>(5-6)</sup> que o aumento da cobertura da ESF está ligado à redução da mortalidade infantil e à maior promoção da equidade. Tal evidência está presente em resultados de pesquisas nacionais<sup>(7-8)</sup>, as quais indicam também maior qualidade da atenção pré-natal, da puericultura, da oferta de utilização dos serviços de saúde, embora em um contexto de baixa efetividade em todo sistema público de saúde.

Com o propósito de compreender as diretrizes da APS, Starfield et al.<sup>(9)</sup> propõem um conceito amplo e direcionado à presença e à extensão de atributos essenciais e derivados no serviço.

Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma forma regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde; coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Os atributos derivados, por sua vez são: orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar no cuidado prestado; orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais<sup>(9)</sup>.

Para avaliar a presença e a extensão desses atributos da APS foi elaborado o *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool), o qual está validado em versões adulto, criança e profissionais. Esse instrumento produz escores para cada atributo, possibilitando a avaliação de cada um deles separadamente<sup>(10)</sup>,

bem como um escore geral, mensurando o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde.

Alguns municípios brasileiros tiveram seu sistema de saúde avaliado pelo PCA-Tool com objetivos diversos: avaliar isoladamente os serviços de saúde da criança e do adulto, comparar diferentes serviços da cidade, além de populações de estudo também diversas, sejam usuários ou profissionais de saúde<sup>(11-14)</sup>.

O presente estudo tem como objetivo comparar a presença e a extensão de atributos da APS à saúde da criança entre as Unidades de ESF e Unidades Básicas tradicionais do município de Colombo, Paraná, Brasil, por meio da aplicação do PCA-Tool a responsáveis pelas crianças atendidas nos serviços.

O município iniciou a implantação da Estratégia Saúde da Família em suas unidades de saúde no ano 2000 e tem buscado adequar os serviços à Atenção Primária. Assim, este estudo de avaliação pode ser útil para a elaboração de métodos e estratégias para a ação<sup>(15)</sup>.

## MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com familiares responsáveis por crianças atendidas no serviço público de saúde de Colombo durante o ano de 2011 e início de 2012, tendo sido a coleta realizada entre junho e julho de 2012.

Colombo compõe a região metropolitana de Curitiba, capital do Estado do Paraná; sua população é estimada em 247.268 habitantes, sendo 21.227 crianças entre 0 e 5 anos<sup>(16)</sup>. O sistema de saúde conta com 21 unidades de saúde, nove integradas à Estratégia Saúde da Família (ESF) e as demais Unidades Básicas tradicionais (UBS). A escolha desse município é apropriada porque há um interesse do local em adaptar seu serviço de saúde aos pressupostos da APS. Dessa forma há uma demanda de estudos avaliativos para nortear esse processo de adaptação.

Para proceder à avaliação, o estudo utilizou a experiência de familiares responsáveis por crianças cadastradas e assíduas nas unidades de saúde do município. A população da pesquisa compreendeu as crianças matriculadas em todas as 21 Unidades Básicas de Saúde que já tinham completado o primeiro ano de vida no período de coleta de dados, pois a maior frequência de consultas de saúde ocorre no primeiro ano de vida, o que potencializa a experiência das famílias no atendimento às suas crianças nas unidades de saúde. Havia 590 crianças atendidas pelas Unidades Básicas e 525 crianças atendidas pelas Unidades de Estratégia de Saúde da Família nessa faixa etária.

No cálculo de amostra simples, com 95% de confiança e 3% de erro máximo de estimativa para ambas as amostras, valores ideais para pesquisas de avaliação<sup>(17)</sup>, chegou-se ao total de 235 sujeitos para a população das unidades Estratégia de Saúde da Família e 247 para as Unidades Básicas, totalizando 482 sujeitos. Foram critérios de inclusão: crianças nascidas entre 1º de janeiro e 30 de junho de 2011, cadastradas no Programa de Puericultura da unidade. O respondente deveria ser o responsável (pai, mãe, tio, tia, avó ou cuidadores legais) e acompanhante habitual da criança ao

serviço de saúde e apresentar capacidade de comunicação preservada. Como critério de exclusão, adotou-se o número de consultas inferior a três pela criança na unidade de saúde.

Foi utilizado o PCA-Tool versão criança<sup>(10)</sup>, que contém 49 itens para medir a presença dos dez atributos de atenção primária. Segundo o modelo de Likert, para cada afirmação acerca das práticas de atendimento no serviço, o respondente escolhe uma dentre as seguintes alternativas: com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; e não sei/não lembro. Para cada alternativa o instrumento confere uma pontuação (4, 3, 2, 1 e 0, respectivamente), cuja somatória é transformada em escore mediante cálculos estatísticos definidos no manual do PCA-Tool. Os escores maiores ou iguais a 6,6 são considerados escore adequado para APS<sup>(10)</sup>.

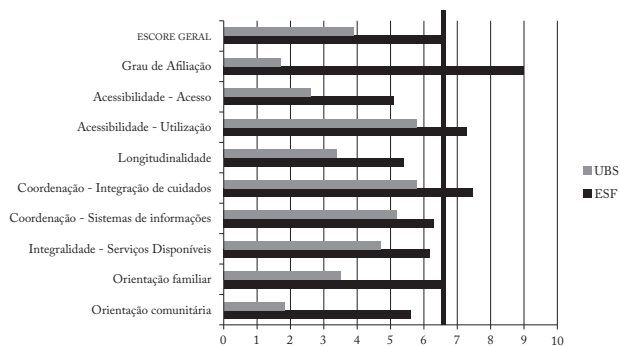
As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes, por entrevistadores treinados pelo pesquisador.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP sob o número CAAE 02559112.2.0000.5392 e da Secretaria de Saúde de Colombo. Somente foram realizadas entrevistas com responsáveis que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta em sua maioria por mães das crianças atendidas, seguida por avós, pais e tias, respectivamente, com mais de 90% dos sujeitos do sexo feminino em ambos os grupos. Quanto à escolaridade, 96% deles foram considerados alfabetizados. A idade dos participantes variou entre os vinculados à UBS e à ESF; na primeira, a maioria tinha menos de 20 anos e, nas ESF, prevaleceu a idade entre 20 e 30 anos.

A Figura 1 apresenta os escores de cada atributo da Atenção Primária, mostrando que houve diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos de atendimento, com melhor desempenho das unidades de saúde da família.



**Figura 1** – Valores médios dos escores para cada um dos atributos relacionados às características organizacionais e de desempenho da atenção primária à saúde, segundo tipo de Unidade da Rede de Atenção Primária do município de Colombo, PR, 2012.

Na análise do desempenho das unidades, o escore geral da atenção primária, referente a todos os atributos, alcançou 6,6 nas unidades Estratégia Saúde da Família, enquanto nas Unidades Básicas de Saúde foi de 3,9. Os escores gerais de cada atributo apresentados na Figura 1 serão descritos na sequência, articulado aos dados da Tabela 1, que apresenta os escores em relação a cada item que compõe a avaliação do atributo.

No que se refere ao **Grau de Afiliação**, o escore geral 9 das unidades ESF contra 1,7 das UBS (Figura 1) indica que as famílias das crianças atendidas nas ESF identificam que os profissionais conhecem a criança com mais detalhes, não se detendo apenas às suas condições de saúde/doença.

O escore do atributo **Acesso de Primeiro Contato – Utilização** foi 7,3 para as unidades com ESF e 5,8 para as UBS (Figura 1). As unidades ESF são a porta de entrada prioritária ao acesso das famílias, mais que as unidades básicas tradicionais (Tabela 1).

O atributo **Acessibilidade** apresentou escore 5,1 para as unidades com ESF e 2,6 para as UBS (Figura 1). Em ambos os tipos de serviço o acesso ao atendimento é demorado e dificultado, havendo maiores problemas nas UBS (Tabela 1).

**Tabela 1** – Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do Teste t para cada um dos atributos e seus itens que compõem a escala – Colombo, PR, 2012.

Indicador	ESF (n=235)		UBS (n=247)		Teste t
	Média	Ep	Média	Ep	
<b>Acesso de Primeiro Contato – Utilização</b>					
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para uma consulta de rotina	7,3	0,18	5	0,18	<0,001*
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para um novo problema	7,6	0,149	4,7	0,16	< 0,01*
O seu serviço de saúde encaminha obrigatoriamente a um especialista quando necessário	7	0,188	7,6	0,16	0,020006*
<b>Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade</b>					
O serviço de saúde atende no mesmo dia	6,4	0,187	4,3	0,17	< 0,0001*
Espera muito tempo para marcar hora no serviço	4,7	0,209	1,8	0,13	< 0,0001*
É fácil marcar consulta de rotina para criança	5,9	0,182	3,2	0,14	< 0,0001*
Tem que esperar mais que 30 minutos para as consultas	3,7	0,175	1,2	0,11	< 0,0001*
Dificuldade em conseguir atendimento médico no serviço	6,2	0,161	2,6	0,16	< 0,01*
Consegue aconselhamento por telefone no serviço	3,9	0,176	2,7	0,13	< 0,0001*

continua...

...continuação

Indicador	ESF (n=235)		UBS (n=247)		Teste t
	Média	Ep	Média	Ep	
	<b>Longitudinalidade</b>				
É o mesmo profissional que atende a criança no serviço	7	0,166	2,8	0,14	< 0,01*
Pode telefonar para falar com o profissional no serviço	3,7	0,148	2,6	0,14	< 0,0001*
O profissional entende o que você diz ou pergunta	7,3	0,153	4,3	0,15	< 0,01*
O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda	4,6	0,159	4,1	0,16	0,018601*
Você se sente à vontade para falar dos problemas com sua criança ao profissional	5,7	0,188	5,4	0,18	0,195223
O profissional lhe dá tempo suficiente para falar sobre os problemas ou preocupações	3,6	0,165	2,3	0,14	< 0,0001*
O profissional conhece a criança como pessoa mais do que como um problema de saúde	4,5	0,19	3,1	0,15	< 0,0001*
O profissional conhece a história clínica da criança	5,2	0,193	2,7	0,14	< 0,0001*
O profissional sabe dos medicamentos que a criança toma	5,9	0,178	4,4	0,17	< 0,0001*
O profissional se reuniria com sua família se fosse necessário	6	0,175	2,9	0,14	< 0,01*
Você mudaria para outro serviço de saúde se fosse fácil	5,7	0,192	2,4	0,13	< 0,01*
<b>Coordenação – Integração de Cuidados</b>					
O profissional do seu serviço sabe da consulta com o especialista	8,1	0,11	5,3	0,14	0,001156*
O profissional do seu serviço soube dos resultados da consulta com o especialista	7,7	0,104	6	0,16	0,063386*
Houve indicação do seu serviço a um especialista	7,9	0,13	7	0,12	0,252483
Depois da consulta com o especialista o profissional do seu serviço conversou com você	6,3	0,16	5	0,15	0,176225
O profissional do seu serviço mostrou-se interessado na consulta com o especialista	7,7	0,163	5,7	0,14	0,038722*
<b>Coordenação – Sistemas de Informações</b>					
Você leva a carteira de vacinação nas consultas	7,4	0,118	6,1	0,16	< 0,0001*
O prontuário da criança está sempre disponível nas consultas	5,8	0,168	5,2	0,17	0,007427*
Você tem acesso ao prontuário da criança	5,7	0,177	4,2	0,16	< 0,0001*
<b>Integralidade – Serviços Disponíveis</b>					
Programa de assistência social	6,4	0,15	4,1	0,17	< 0,0001*
Planejamento Familiar	7,2	0,146	4,9	0,17	< 0,0001*
Programa de suplementação nutricional	5,4	0,18	4,6	0,16	0,003841*
Aconselhamento de uso prejudicial de drogas	4,6	0,177	3,4	0,13	< 0,0001*
Vacinas	8,2	0,116	8,4	0,11	0,357689
Aconselhamento para problemas de saúde mental	5,2	0,167	3,5	0,14	< 0,0001*
Sutura de pontos	7,4	0,158	5,5	0,15	< 0,0001*
Aconselhamento e testes anti-HIV	5	0,182	4	0,17	0,000296*
Saúde da visão	6	0,174	4	0,15	< 0,0001*
<b>Orientação Familiar</b>					
O profissional conhece sua família bastante bem	6	0,132	3,3	0,14	< 0,01*
O profissional sabe dos principais problemas da sua família	5,9	0,209	3,2	0,14	< 0,0001*
O profissional sabe do emprego dos responsáveis pela criança	5,3	0,151	2,4	0,14	< 0,01*
O profissional saberia dos problemas da família para conseguir medicações	5,3	0,153	2,6	0,14	< 0,01*
O profissional questiona sua opinião sobre o tratamento da criança	6,1	0,16	4,5	0,18	< 0,001*
O profissional conhece problemas de saúde da família	6,9	0,148	4,8	0,18	< 0,001*
<b>Orientação Comunitária</b>					
Alguém do seu serviço faz visitas domiciliares	7,6	0,143	1,2	0,1	< 0,01*
O seu serviço conhece os problemas de saúde da vizinhança	5,8	0,162	2,7	0,13	< 0,01*
O seu serviço faz pesquisas na comunidade para identificação de problemas	5,4	0,175	1,4	0,1	< 0,01*
O seu serviço convida os membros da família para participar dos Conselhos de Saúde	3,6	0,155	1,9	0,12	< 0,0001*

\* Valores estatisticamente significativos

Nota: Entrevistados (cuidadores das crianças).



A **Longitudinalidade** também foi um atributo que não alcançou o valor mínimo para APS, sendo o escore das unidades ESF 5,4 e o das UBS 3,4 (Figura 1). Embora a ESF tenha obtido escores adequados em alguns itens, de forma geral para ambas as unidades há deficiência na regularidade de atenção contínua à criança (Tabela 1).

A **Coordenação** divide-se em **Integração de Cuidados** e **Sistemas de Informação**. A integração de cuidados alcançou escore 7,7 na ESF, enquanto nas UBS resultou em escore 5,8 (Figura 1). As unidades com ESF estão mais integradas com os serviços de especialidade que as unidades básicas tradicionais (Tabela 1). Quanto aos **Sistemas de Informação**, as unidades com ESF receberam escore 6,3, enquanto as UBS receberam 5,2 (Figura 1). O registro das informações, bem como o acesso dos usuários a esses registros estão ocorrendo de maneira ineficaz, ou não estão ocorrendo, em ambos os serviços (Tabela 1).

No que se refere ao atributo **Integralidade**, as unidades com ESF obtiveram escore 6,2, superior às UBS, que alcançaram 4,7 (Figura 1). Apenas alguns serviços ou programas estão disponíveis adequadamente, como a vacinação em ambas as unidades e Planejamento Familiar e sutura de pontos apenas na ESF (Tabela 1).

Com relação à **Orientação Familiar**, as unidades com ESF obtiveram escore 6,5 e as UBS, 3,5 (Figura 1). A aproximação das famílias nos cuidados e orientações às crianças é insuficiente nas UBS e um pouco abaixo do esperado nas ESF (Tabela 1).

No último atributo avaliado, a **Orientação Comunitária**, a diferença entre os escores foi grande, porém as unidades com ESF obtiveram 5,6, enquanto as UBS alcançaram somente 1,8 (Figura 1). Nos dois serviços nota-se que há um conhecimento insuficiente dos profissionais quanto à comunidade em que está inserido; portanto, não vincula o atendimento das crianças à realidade da comunidade (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

O diálogo proporcionado pela leitura e análise dos resultados permitiu identificar que, no contexto regional, as unidades com ESF estão de acordo com a APS quando se analisa o escore geral. Já as Unidades Básicas tradicionais não alcançam escores de Atenção Primária nos atendimentos de crianças. Estudos de outras regiões em nível nacional corroboram com o achado nas unidades tradicionais, identificando dificuldades vivenciadas no que tange ao cumprimento dos objetivos da APS<sup>(11-14)</sup>. Os que identificaram escores adequados para APS em unidades com ESF foram encontrados apenas em Curitiba<sup>(14)</sup>.

O resultado encontrado neste estudo com relação às unidades com ESF é satisfatório, uma vez que essa é considerada uma estratégia para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um modelo que favorecesse a Atenção Primária, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade<sup>(18)</sup>.

Essas unidades, porém, não tiveram um desempenho satisfatório em todos os atributos. Observa-se que as avaliações positivas estão relacionadas à resolubilidade da unidade, por

ser a porta de entrada prioritária, pela confiança estabelecida aos profissionais das equipes, bem como a interação estabelecida pelas ESF com os serviços de especialidades.

Por outro lado, vários atributos não alcançam individualmente o escore para APS, denotando que alguns entraves que se deseja superar ainda estão presentes, mesmo nas unidades com a ESF. Tais problemas consistem no acesso dificultado e demorado, na indisponibilidade dos registros das informações nos atendimentos e na falta de acesso a esses registros por parte dos usuários, na falta de alguns programas e serviços destinados às crianças e seus familiares, no conhecimento insuficiente do profissional sobre a família das crianças e da comunidade onde ela está inserida e na deficiência na regularidade de atenção contínua à criança.

Pode-se sugerir que algumas dessas dificuldades sejam as mesmas para os dois modelos de atenção. Alguns estudos discutem problemas no financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família em nível municipal, tanto pela instabilidade de seus recursos próprios como pelas consequências provenientes da sistemática de incentivos financeiros federais e estaduais à autonomia do sistema de saúde local<sup>(19)</sup>.

A vantagem de um estímulo financeiro maior é promover o desenvolvimento de ações adequadas aos objetivos da APS. O aumento de recursos financeiros pode ser considerado como um fator decisivo para a contratação de mais profissionais de saúde, diminuindo a espera por uma consulta, além de estimular a presença e continuidade de bons profissionais através de salários compatíveis<sup>(20)</sup>. Ademais, possibilita um sistema de informação adequado (informatizado) que favoreça o registro e o acesso das informações de saúde da população.

Outro obstáculo encontrado por ambos os modelos tem contrapostos históricos e de difícil mudança. A saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecnociência e do modelo biomédico, ainda está incutida nas práticas de atenção à saúde dos profissionais<sup>(21)</sup>. Alguns autores correlacionam tal problema com a dificuldade em obter profissionais aptos a trabalhar no modelo ESF e repensar as práticas educativas consoante a visão de promoção à saúde, conforme destacado pelos pressupostos da APS<sup>(22-25)</sup>. Essa situação acontece como reflexo do modelo de formação destes profissionais: hospitalocêntrico, biologicista e fragmentado<sup>(24)</sup>. Em grande parte das instituições formadoras de profissionais da saúde (enfermeiros, médicos entre outros), a educação em saúde é definida em uma educação puramente clínica e no paradigma biomédico<sup>(24)</sup>. Esse enfoque favorece o aparecimento de problemas, como o distanciamento do profissional, do paciente e de sua família, dificuldades na compreensão do diálogo entre os envolvidos e negação dos conhecimentos advindos dos pacientes.

Tal fato justifica as unidades ESF estarem distantes dos escores ideais, para APS em atributos essenciais, como Acessibilidade, Longitudinalidade, Integração de Cuidados, Sistemas de Informação e Integralidade, e atributos derivados (Orientação Familiar e Comunitária). Por essa razão, reitera-se a relevância da educação permanente e da reestruturação das graduações, de modo a aproximar a práxis da educação em saúde da realidade social, adequando-se, assim, aos atributos definidos pela APS.

Ao mesmo tempo, o pensamento voltado à lógica de promoção e prevenção ainda não está presente na população, que busca soluções para doenças já instaladas. Sugere-se que a proliferação da educação em torno da conscientização da importância de prevenção seja aliada à aproximação dos serviços das UBS e ESF à APS. Dessa maneira, as pessoas podem ser sujeitos ativos em seu processo de saúde-doença e de sua família<sup>(22)</sup>. Quando os serviços se restringem a oferecer assistência curativa em detrimento da preventiva e de promoção à saúde, levam ao prejuízo da afiliação, ao estabelecimento de vínculos, à integração de cuidados e da longitudinalidade.

Observou-se que algumas práticas poderiam ser modificadas, demandando poucos recursos e contribuindo para o alcance dos objetivos dos atributos da APS, como, por exemplo, permitir ao usuário o acesso ao prontuário da criança, garantir a relação de comunicação com os serviços especializados, abranger a família e a comunidade no cuidado do sujeito e oportunizar horários para que a população tenha acesso à equipe via telefone, o que vai de encontro com achados em outras pesquisas nacionais, especialmente realizadas no sudeste brasileiro<sup>(26)</sup>.

## CONCLUSÃO

No processo de avaliação foram obtidos resultados satisfatórios para as unidades de ESF. Foram identificados fatores positivos no atendimento prestado por essas uni-

dades de saúde e que deverão se esforçar suficientemente para manter a qualidade do serviço prestado no que tange à APS. Entretanto, considera-se fundamental repensar alguns fatores que se mostraram insuficientes para a qualidade do serviço como sendo voltado à Atenção Primária.

Muito ainda se deve produzir no propósito de avaliar os serviços de saúde em âmbito nacional, inclusive para propiciar a comparação regional entre os desempenhos da APS com o propósito de aperfeiçoar os atendimentos em todo o território nacional.

Podem-se reconhecer limitações no presente estudo. Essa avaliação contemplou apenas a experiência dos responsáveis pelas crianças atendidas nos serviços, que possivelmente está muito vinculada a suas necessidades, mascarando uma visão mais ampla da realidade. Isso poderia ser melhorado através de outras análises que buscassem determinar o impacto de cada atributo, individualmente, no grau de orientação à APS, confrontando-o com desfechos em saúde.

Entretanto, observou-se que existem aspectos em que os sujeitos ainda estão insatisfeitos com a prestação do serviço. Agravos em condições agudas, tempo de espera pelo atendimento, dificuldades geográficas ou de marcação de consulta, carência no transporte coletivo, dificuldades na busca por especialistas e realização de exames são alguns fatores que podem estar associados a esses resultados.

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar o modelo assistencial de Unidades Básicas Tradicionais (UBS) com as unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à presença e extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde (APS), no atendimento de crianças. **Método:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, com familiares de crianças atendidas no Serviço Público de Saúde de Colombo, Paraná. O *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool) foi aplicado aos responsáveis de 482 crianças, 235 de unidades ESF e 247 de UBS, abrangendo todas as unidades de atenção primária do município, entre junho e julho de 2012. Os resultados foram analisados segundo o manual do PCA-Tool. **Resultados:** As unidades com ESF alcançaram score geral limítrofe para APS. Porém, tiveram melhores resultados nos atributos Afiliação, Coordenação da integração dos cuidados, Integralidade, Orientação Familiar e Acessibilidade quanto à utilização, enquanto os atributos Orientação Comunitária, Coordenação dos sistemas de informações, Longitudinalidade e Acesso foram classificados como insuficientes para a APS. As UBS tiveram escores baixos em todos os atributos. **Conclusão:** As unidades com ESF estão mais próximas dos princípios da APS, mas há necessidade de rever ações de assistência à criança, visando aos atributos da APS, em ambos os modelos de atenção, corroborando com estudos semelhantes em outras regiões do Brasil.

## DESCRITORES

Criança; Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Saúde da Criança; Estratégia Saúde da Família.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comparar el modelo asistencial de Unidades Básicas Tradicionales (UBS) con las unidades Estrategia Salud de la Familia (ESF) en cuanto a la presencia y extensión de los atributos de la Atención Primaria de Salud (APS), en la atención a los niños. **Método:** Estudio transversal, con abordaje cuantitativo, con familiares de niños atendidos en el Servicio Público de Salud de Colombo, Paraná. El *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool) fue aplicado a los responsables de 482 niños, 235 de unidades ESF y 247 de UBS, abarcando todas las unidades de atención primaria del municipio, entre junio y julio de 2012. Los resultados fueron analizados según el manual del PCA-Tool. **Resultados:** Las unidades con ESF alcanzaron un puntaje general limítrofe para APS. Sin embargo, tuvieron mejores resultados en los atributos Afilación, Coordinación de la integración de los cuidados, Integralidad, Orientación Familiar y Accesibilidad en cuanto a la utilización, mientras que los atributos Orientación Comunitaria, Coordinación de los sistemas de informaciones, Longitudinalidad y Acceso fueron clasificados como insuficientes para la APS. Las UBS tuvieron puntajes bajos en todos los atributos. **Conclusión:** Las unidades con ESF se acercan más a los principios de la APS, pero existe la necesidad de rever acciones de asistencia al niño, con vistas a los atributos de la APS, en ambos modelos de atención, corroborando con estudios semejantes en otras regiones de Brasil.

## DESCRIPTORES

Niño; Atención Primaria de la Salud, Evaluación de la Salud; Salud del Niño; Estrategia de Salud Familiar.

## REFERÊNCIAS

1. Paim, JS. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2013 out. 23];29(10). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS*. Washington: OPAS; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil* [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2012 mar. 16]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)
4. Souza MLB, Melo CAV. Impacto da política de Atenção Básica à Saúde na taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros. *Rev Política Hoje* [Internet]. 2013 [citado 2014 set. 12];22(1). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/politicohoje/index.php/politica/article/view/254/141>
5. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary health care on population health in low and middle income countries. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2009 [cited 2012 Aug 10];32(2)150-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305227>
6. Macinko J, Guanais F, Souza M. Evaluation of the impact of Family Health Program in infant mortality in Brazil. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2006 [cited 2012 May 13];60(1):13-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>
7. Chomatas ERV, Vîgo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 26];8(29):294-303. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/828/587>
8. Harzheim E, Stein AT, Álvares-Dardet C. A efetividade dos atributos da Atenção Primária sobre a saúde infantil. *Bol Saúde (Porto Alegre)*. 2004;18(1):24-40.
9. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil* [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2012 fev. 17]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)
11. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2012 maio 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/12.pdf>
12. Harzheim E, Ducan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 [cited 2014 May 6]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/>
13. Chomatas E, Vîgo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [citado 2014 maio 6];8(8). Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/828/587>
14. Colombo. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2010-2013* [Internet]. Colombo (PR); 2010 [citado 2012 nov. 1]. Disponível em: <http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/sau/062012/PLANO-MUNICIPAL-DE-SAU-DE-2010-13.PDF>
15. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno Estatístico Município de Colombo* [Internet]. Colombo (PR); 2010 [citado 2012 mar. 12]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=83400&btOk=ok>
16. Victora CG, Barreto ML, Leal MC. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: um caminho a percorrer. *Lancet Saúde no Brasil* [Internet]. 2011 [citado 2012 maio 13];6(6). Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>
17. Furtado MCC, 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*. 2013;21(2):554-61.
18. Silva LA, Cassoti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2013 out. 21];18(1):221-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>
19. Saporoli EC, Adami NP. Evaluation of nursing consultation structure for children in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):91-7.
20. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet Saúde no Brasil* [Internet]. 2011 [citado 2013 out. 21];1(1). Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
21. Santos SSBS, Silva LS, Carneiro EKN, Saback MAMC, Carvalho ESS. Processo de trabalho da equipe de Enfermagem em Unidades Saúde da Família em município baiano. *Rev Baiana Enferm*. 2013;27(2):101-7.
22. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
23. Oliveira RL, Santos MEA. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. *Rev Enferm Integrad*. 2011;4(2):833-44.
24. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [citado 2014 ago. 21];19(7):2033-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02033.pdf>
25. D'Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [citado 2014 maio 6];19(2):401-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00401.pdf>
26. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2014 maio 6];18(11):3321-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/22.pdf>