

## A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária

Maria Cândida de Carvalho Furtado<sup>1</sup>

Janaina Carvalho Braz<sup>2</sup>

Juliana Coelho Pina<sup>3</sup>

Débora Falleiros de Mello<sup>4</sup>

Regina Aparecida Garcia de Lima<sup>5</sup>

Objetivo: analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária e o grau de afiliação de crianças, com menos de um ano de idade, na Unidade de Saúde da Família. Método: estudo transversal e descritivo, conduzido entre 25 de outubro de 2010 e 14 de maio de 2011, com 44 mães. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde foi usado para coleta de dados. Os dados foram analisados para calcular os Escores Essencial e Geral da Atenção Primária. Resultados: as mães reconhecem e têm experiência com os aspectos da acessibilidade, atenção integral e coordenação da atenção, assim como orientação à comunidade, marcada pela preocupação e envolvimento da equipe de saúde na atenção à saúde das crianças, de suas famílias e comunidade. Conclusão: observaram-se os esforços da equipe de saúde na Atenção Primária para abordar a comunidade e atender suas necessidades de saúde, procurando instrumentos para ajudar a promover a prestação de cuidado de qualidade às crianças.

Descritores: Avaliação em Saúde; Assistência Integral a Saúde; Atenção Primária a Saúde; Cuidado da Criança.

<sup>1</sup> PhD, Professor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira e Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Maria Cândida de Carvalho Furtado  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Av. dos Bandeirantes, 3900  
Campus Universitário  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: mcandida@eerp.usp.br

## Introdução

As políticas públicas brasileiras têm procurado ampliar a assistência à saúde para além do modelo biomédico, que é baseado na doença e seu tratamento. Documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), relacionados à saúde da criança, apoiam essas políticas com vistas a atender as necessidades das crianças.

O compromisso é fornecer assistência integral, desenvolvendo ações para prevenir danos e dando assistência para reduzir a mortalidade infantil e oferecer qualidade de vida às crianças para que as mesmas alcancem seu potencial pleno<sup>(1-2)</sup>. Dessa forma, os documentos do MS procuram dar suporte à organização da assistência prestada à população infantil e, ao mesmo tempo, propiciar que os gestores dos serviços de saúde e profissionais da saúde identifiquem ações prioritárias para a saúde da criança. As diretrizes para identificação de assistência integral são baseadas no bom funcionamento dos serviços de saúde da criança em nível local para atingir resultados mais satisfatórios para essa população.

A criança é considerada como um todo em suas múltiplas relações, e a família é valorizada, assim como o contexto em que a criança vive. Os princípios como acesso aos serviços de saúde e assistência integral são destacados com diferentes níveis de atenção. Facilitar o acesso e promover a saúde da criança, incluindo o desenvolvimento de ações para prevenir danos e prestar assistência, quando há complicações, pode melhorar a assistência à saúde da criança e, conseqüentemente, a qualidade de vida da criança.

A avaliação dos programas e serviços de saúde têm adquirido grande importância e relevância em decorrência da visão de que a organização e a gestão da prestação de serviços podem ser consideradas de formas diferentes, especialmente em relação à atenção prestada aos usuários<sup>(3-4)</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) também se preocupa com essa avaliação especialmente focada na atenção básica. O Departamento de Atenção Básica e Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do MS considera esse tipo de avaliação necessária e complexa, que requer investimento consistente e criterioso<sup>(5)</sup>. A avaliação também tem proeminência como componente da gestão de saúde, reconhecendo várias iniciativas desenvolvidas para a implementação da avaliação nas diversas dimensões do Sistema de Saúde brasileiro<sup>(5)</sup>.

A avaliação tem o propósito básico de dar subsídios aos processos de decisão dentro do Sistema de Saúde. Portanto, essa deveria subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços, e,

também, deveria abordar a incorporação de novas práticas nas rotinas dos profissionais, assim como medir o impacto das ações implementadas na saúde da população<sup>(5)</sup>.

Um documento oficial do MS, baseado nos princípios da assistência à saúde da criança, também enfatiza a importância de avaliações sistemáticas e contínuas como forma de monitorar os princípios que guiam a assistência à saúde da criança<sup>(2)</sup>.

Um dos aspectos da avaliação da saúde é focar nos resultados das intervenções na saúde das pessoas. Esses resultados são representados pelas respostas ou mudanças na condição de saúde do paciente como, por exemplo, taxa reduzida de mortalidade, melhora na qualidade de vida e satisfação do usuário. Os resultados são relacionados a mudanças que ocorrem na condição de saúde do paciente e podem ser atribuídos ao serviço prestado anteriormente<sup>(6-7)</sup>.

O objetivo deste estudo foi analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária e o grau de afiliação dos usuários em relação à Unidade de Saúde da Família (USF), com base nas experiências de mães com a assistência prestada a crianças com menos de um ano de idade.

## Material e Método

Este é um estudo transversal, descritivo e exploratório. O modelo de avaliação proposto por Avedis Donabedian<sup>(6-7)</sup>, especificamente o componente processo, foi usado como referencial teórico e metodológico.

O estudo foi conduzido numa cidade do interior, localizada no nordeste de São Paulo, a 313km da capital. A região é uma das mais ricas do Estado de São Paulo, com alto padrão de vida, considerando-se renda, consumo e longevidade. Também apresenta bons indicadores sociais como saúde, educação e saneamento, além de localização privilegiada, com fácil acesso às principais cidades do interior.

A cidade apresenta, de acordo com o Censo de 2010, população estimada de 605.114 habitantes<sup>(8)</sup>. A mesma se destaca na região por ser polo de atração comercial e de serviços. Sua economia é baseada no setor de agronegócio e industrial e é também um centro universitário e de pesquisa na área médica.

Com relação à rede de atenção à saúde, a cidade tem sete hospitais privados e sete hospitais filantrópicos, além de três hospitais públicos; dois deles ligados à Universidade de São Paulo (USP).

Devido ao crescimento populacional e para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, o município organiza a assistência em cinco regiões chamadas Distritos

de Saúde, que são definidos com base em aspectos geográficos, econômicos e sociais, nas várias instituições de saúde e outras instituições sociais. Cada Distrito de Saúde tem uma Unidade Básica Distrital de Saúde que oferece serviços básicos de saúde e especialidades médicas. A cidade tem o total de 30 unidades de saúde (25 Unidades Básicas de Saúde e cinco Unidades de Saúde Distritais) e 14 Unidades de Saúde da Família.

O Distrito de Saúde Oeste serve população com cerca de 200.000 habitantes, tem dois Centros de Saúde Escola, sete Unidades Básicas de Saúde e cinco Unidades de Saúde da Família (USF) que são ligadas à Universidade de São Paulo.

A escolha desse Distrito de Saúde é apropriada porque esse foi o primeiro na implantação da Estratégia de Saúde da Família na cidade, há, aproximadamente, 10 anos. A USF, que é o cenário deste estudo, apresenta o maior número de nascimentos entre as USFs desse Distrito de Saúde. Dessa forma, apresenta grande demanda por assistência prestada às crianças com menos de um ano de idade.

O total de 8.093 crianças nasceram na cidade no ano 2010. Dessas, 1.080 pertenciam ao Distrito de Saúde Oeste. As cinco USFs apresentaram 101 nascimentos e, desses, 50 (49,5%) crianças pertenciam à USF escolhida para este estudo<sup>(9)</sup>.

Os dados foram coletados no período de 25 de outubro de 2010 a 14 de maio de 2011. As crianças com menos de um ano de idade que pertenciam à USF foram identificadas e incluídas na pesquisa no primeiro mês em que os dados foram coletados. Crianças que nasceram nos meses subsequentes a esta pesquisa não foram incluídas.

Das 50 crianças identificadas, 44 (88%) mães foram contatadas em domicílio ou na USF durante consultas médicas ou de enfermagem; três (6%) mães não foram localizadas após duas visitas domiciliares, em dias diferentes, e outras três (6%) mães se recusaram a participar porque tinham planos de saúde e não usavam

o serviço oferecido pela USF. As mães que aceitaram o convite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma única entrevista foi realizada, usando-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCA Tool-Brasil)<sup>(10)</sup>. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética (Protocolo nº417/10).

As entrevistas foram realizadas no domicílio ou depois de consulta médica ou de enfermagem, na USF. As mesmas foram conduzidas em lugar reservado especificamente para esse propósito, e o anonimato foi garantido a todas as mães.

A análise de dados foi baseada em estatística descritiva. A soma da média dos valores dos atributos essenciais e suas subdimensões e a pontuação média do grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde gerou o escore Essencial da Atenção Primária. A soma da média dos escores essenciais com a média dos escores derivados gerou o escore Geral da Atenção Primária.

O PCA Tool-Brasil foi escolhido porque o mesmo permite medir a presença e extensão dos atributos dos serviços de Atenção Primária às crianças e o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde. Essa ferramenta considera os atributos essenciais e derivados. Através de respostas dadas em uma escala tipo Likert, o instrumento constrói os escores de Atenção Primária possíveis, com intervalos que variam de 1 a 4 para cada atributo. O escore final de cada atributo é a média das respostas de seus itens, que também variam de 1 a 4, onde 4 representa maior presença e extensão de cada atributo e 1 representa menor presença de cada atributo. Valores acima de 3,0 representam forte presença e extensão das variáveis analisadas<sup>(10)</sup>.

## Resultados

O grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde obteve escore 4,0 de todas as mães, que revelaram alto grau de afiliação com a USF. A Tabela 1 apresenta os escores de Atenção Primária.

Tabela 1 – Escores dos atributos de Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011

Atributos	<	>	Média	DP
Acesso primeiro contato – utilização	2,3	4,0	3,6	0,35
Acesso primeiro contato – acessibilidade	2,3	4,0	3,4	0,54
Longitudinalidade	2,6	4,0	3,4	0,37
Coordenação – integração do cuidado	3,0	4,0	3,7	0,37
Coordenação – sistema de informação	3,3	4,0	3,5	0,26
Cuidado integral – serviços disponíveis	1,6	2,8	2,3	0,31
Cuidado integral – serviços prestados	1,8	4,0	3,8	0,38
Orientação familiar	2,3	4,0	3,2	0,46
Orientação comunitária	2,5	4,0	3,4	0,32

O escore final relacionado ao Acesso - utilização - foi acima de 3,0, indicando que as mães reconhecem que usam a USF para cuidar de seus filhos em consultas de rotina, ou para tratar de um novo problema de saúde.

O atributo Acesso - acessibilidade - apresentou escore final de 3,0, ou seja, a USF é de fácil acesso. As mães relataram que elas já têm suas consultas marcadas quando vão à USF e que a espera pela consulta não leva mais que 30 minutos.

Longitudinalidade é um atributo que representa o acompanhamento da criança, feito pelo mesmo profissional de saúde, ao longo de um período de tempo, assim como as habilidades de comunicação entre o profissional de saúde e a mãe. Os escores finais também foram altos, indicando que as mães consideram que os médicos e enfermeiros entendem suas perguntas relacionadas à saúde da criança e também que as mesmas entendem as respostas dos profissionais às suas dúvidas. As respondentes informaram que têm tempo suficiente para manifestar suas preocupações aos membros da equipe de saúde que, por sua vez, conhecem a história clínica da criança e reconhecem a criança, não como um problema de saúde, mas como um ser humano. Quando questionadas se elas buscariam assistência à saúde de suas crianças em outra unidade de saúde, se esse fosse um processo fácil, as mães responderam enfaticamente que não buscariam tal assistência.

O outro atributo apresentado na Tabela 1 está relacionado à Coordenação, que envolve a integração da atenção e representa as experiências das mães com seus filhos, quando os mesmos foram encaminhados a uma instituição de saúde de nível secundário para exames específicos ou consultas com especialistas.

Dado que esse é um item que representa uma adição ao serviço de saúde à criança, apenas 13 (26%) mães informaram que seus filhos foram encaminhados a outro serviço de saúde. O escore para esse atributo foi acima de 3,0, indicando forte presença desse atributo e a boa experiência das mães em relação a esse atributo. Seus filhos foram encaminhados para serviços especializados e a equipe de saúde da USF se manteve próxima à criança, seja por ter conhecimento da consulta com especialista ou dos resultados dos exames. As respondentes consideram que essa atenção revela grande interesse da parte da equipe de saúde com a qualidade da atenção prestada às crianças nos serviços especializados.

A Coordenação da atenção representa outra subdimensão que corresponde ao sistema de informação. Esse sistema inclui documentos, registros ou relatórios usados pela equipe de saúde, durante as consultas das crianças. O escore obtido foi acima de 3,0. As mães

responderam que elas levam pelo menos um documento da criança para a consulta, mais frequentemente o cartão de vacinação, seguido por certidão de nascimento. As mães enfatizaram que os prontuários de seus filhos estão sempre disponíveis durante as consultas.

Em relação ao atributo Integralidade, os serviços disponíveis e a orientação dispensada às mães, ou famílias, para o uso de unidades de saúde obteve o menor escore. As respostas indicam que a USF não tem a maioria dos serviços indicados no PCA Tool-Brasil como, por exemplo, sala de vacinação, aconselhamento e tratamento de problemas visuais, uso prejudicial das drogas e problemas de saúde mental, e aconselhamento e teste para HIV.

Ao contrário do atributo anterior, encontrou-se forte presença e extensão de outra subdivisão do atributo Integralidade que se refere aos serviços prestados durante as consultas de rotina. Esse item obteve escore maior que 3,0. As mães enfatizaram que a equipe de saúde aborda questões sobre como manter a criança saudável, informação sobre alimentação, higiene, sono e repouso, prevenção de acidentes e mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança em todas as consultas médicas ou de enfermagem.

Os dois últimos atributos do PCA Tool-Brasil são atributos que derivam da Atenção Primária: orientação familiar e orientação comunitária. Esses abordam questões relacionadas ao envolvimento da equipe de saúde com cada família na área de cobertura da USF, assim como com a comunidade.

Em relação à orientação familiar, o escore obtido foi acima de 3,0. As mães relataram que os médicos e enfermeiros conhecem suas famílias, seus problemas e seus principais problemas de saúde.

O último atributo apresentado na Tabela 1 se refere à orientação comunitária, por exemplo, o monitoramento das famílias pela equipe de saúde dentro de sua área de cobertura. Esse item também obteve escore alto, 3,0. As mães relataram que recebiam visitas domiciliares da equipe de saúde da família; a maioria dessas visitas eram realizadas pelo(a) Agente Comunitário da Saúde, seguido por enfermeiros(as) e médicos(a). As mães também acreditam que a equipe de saúde está interessada em saber dos problemas de saúde da comunidade.

A soma dos valores médios dos atributos essenciais com o escore médio do grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde gerou o escore Essencial da Atenção Primária. A Tabela 2 apresenta esse escore, que foi acima de 3,0, e mostra a experiência das mães em relação à atenção prestada aos seus filhos na USF, o que revela não somente forte presença, mas, também, grande extensão dos atributos.

Tabela 2 – Escores Essencial e Geral da Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011

Escore	<	>	Média	DP
Escore Essencial da Atenção Primária	2,7	3,6	3,1	0,20
Escore Geral da Atenção Primária Geral	2,5	3,7	3,0	0,30

A Tabela 2 também apresenta os resultados do escore Geral da Atenção Primária que é representado pela soma dos atributos essenciais e derivados de todos os respondentes. Este estudo mostrou forte presença desses atributos no cuidado prestado às crianças na USF. Isso significa que as mães reconhecem e têm experiência com a Acessibilidade dos serviços de saúde, Integralidade, e Coordenação da atenção, assim como Orientação Familiar e Comunitária, que conta com a atenção e o envolvimento de todos os profissionais da USF em relação ao cuidado prestado às crianças, suas famílias e à comunidade.

## Discussão

O reconhecimento de que a USF é uma unidade de saúde de referência para a atenção à saúde de seus filhos foi unânime nas respostas das participantes. As mães frequentam a USF para consultas de rotina de seus filhos assim como para situações emergenciais. Elas têm fácil acesso à USF e não enfrentam problemas para agendar consultas ou longa espera para serem atendidas nas consultas dos filhos.

Esse resultado corrobora o trabalho de um autor<sup>(11)</sup>, que coloca a importância de sempre haver um ponto de entrada com fácil acesso, e que esse deveria ser o primeiro recurso de saúde a ser procurado, toda vez que surge um problema de saúde.

Acesso pode ser entendido como uma oportunidade para alcançar melhores resultados de saúde, permitindo que as pessoas tenham acesso a serviços que deveriam ter a estrutura necessária para prestar o cuidado no primeiro contato entre a equipe de saúde e as famílias e não adiar o contato, de forma que o diagnóstico e manejo do problema sejam afetados de forma adversa<sup>(12)</sup>. As unidades de saúde também devem oferecer tratamento e uma equipe de saúde disponível, acolhimento e a possibilidade de o usuário ser atendido na USF, envolvendo tempo e recursos financeiros<sup>(13)</sup>.

De acordo com as mães, os profissionais de saúde que prestam o cuidado à criança são os mesmos na maior parte das vezes; estão familiarizados com a criança, conhecem sua história médica e fornecem informação clara e precisa; além de permitir que a mãe expresse livremente suas dúvidas e faça perguntas relacionadas ao cuidado da criança.

Esse relacionamento em longo prazo entre os profissionais de saúde e seus pacientes nas unidades de saúde é reconhecido como Longitudinalidade da Atenção. A mesma é alcançada quando existe um indivíduo ou equipe local que serve como fonte de atenção por certo período; sua essência é o relacionamento pessoal ao longo do tempo não relacionado ao problema de saúde<sup>(11)</sup>.

Ao contrário dos resultados aqui apresentados, um estudo, que teve o objetivo de identificar a jornada terapêutica de famílias procurando tratamento às suas crianças com doença respiratória, indicou que os atributos como acesso e longitudinalidade não foram observados nos serviços de saúde<sup>(14)</sup>.

Quando os mesmos profissionais de saúde continuam como prestadores de atenção à saúde no seguimento de crianças, em uma unidade de saúde, e fornecem informação às mães em visitas de rotina, eles propiciam a extensão do cuidado. As mães que recebem tratamento em um serviço de saúde esperam interagir com a equipe de saúde responsável pelo cuidado prestado à criança. O diálogo se apresenta como conexão importante e funciona na construção de um espaço potencial para que a confiança, a segurança e a identidade da mãe, como cuidadora da criança, sejam alcançadas de forma gradual<sup>(15)</sup>.

Apesar de poucas mães terem feito referência ao encaminhamento a serviços especializados, as mesmas deram grande importância à presença do profissional de saúde e seu interesse no processo de encaminhamento aos serviços especializados, assim como no monitoramento, exames e resultados.

Em relação ao serviço de informação para prestação de atenção de qualidade, esse serviço mostrou que as mães carregam certos documentos para seus filhos nas consultas médicas. Elas também reconhecem que o sistema de registro da USF significa que os registros da criança sempre estão disponíveis durante as consultas, o que mostra a organização do serviço de saúde em registrar o seguimento.

Nesse caso, o atributo considerado é a Coordenação da Atenção, que é apresentado como essencial para outros aspectos da saúde básica. Sua essência é a disponibilidade de informação relacionada a problemas e serviços prestados anteriormente, especialmente aqueles relacionados aos problemas atuais<sup>(11)</sup>. É importante que os

profissionais de saúde estejam cientes dos problemas de saúde dos pacientes, apesar do contexto em que esses se apresentam, como observado neste estudo.

A disponibilidade de serviços na USF foi o atributo Integralidade aquele que obteve a menor pontuação, como mencionado acima, e mostra que alguns serviços não estão de fato disponíveis. No entanto, as participantes tiveram dificuldade ou não foram capazes de responder em relação a serviços como programas de suplementação nutricional, aconselhamento e tratamento para o uso de drogas, aconselhamento e solicitação de testes de HIV, o que gerou baixa pontuação e indicou a não presença desse atributo.

Integralidade exige a identificação adequada das necessidades de saúde dos usuários, fornecendo recursos para manejo e resolutividade<sup>(11)</sup>, como aqueles identificados no encaminhamento de crianças para atenção especializada. Trata-se de um mecanismo importante que garante o ajustamento de necessidades de serviços de saúde. Portanto, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de identificar as necessidades de saúde e fornecer e coordenar os serviços nas unidades de atenção primária, encaminhando apenas os casos que não podem ser tratados nessas unidades<sup>(11)</sup>.

Observou-se que as mães consideram que a disponibilidade de serviços como, por exemplo, imunização, é extremamente importante na USF já que o seguimento da criança é realizado nessa unidade, mas as vacinas são aplicadas em outra unidade de saúde.

A integralidade é compreendida em nível institucional, intencional e processual em que cada unidade de saúde vitaliza o fluxo das necessidades individuais e da população<sup>(12)</sup>. Significa identificar as necessidades do usuário através da escuta e aumentar a capacidade e a possibilidade de intervenções realizadas por profissionais de saúde que estão preocupados com os problemas que as pessoas demandam que os serviços de saúde atendam<sup>(16)</sup>.

Um atributo relacionado à Integralidade - serviços prestados - obteve alta pontuação. Quase todas as mães reconheceram que os profissionais de saúde abordam questões importantes sobre a saúde da criança, durante as consultas de rotina.

Esses resultados corroboram outro estudo<sup>(15)</sup> em que as mães reconhecem que o seguimento de seus filhos é aspecto importante no monitoramento do crescimento e desenvolvimento: verificar peso, avaliar padrões de amamentação materna e alimentação, prevenção de doenças, uso de medicação ou verificação da necessidade de monitorar a criança em outros serviços de saúde.

O seguimento da criança é considerado área pediátrica de prevenção de doenças e promoção da saúde. As metas

relacionadas envolvem a promoção da saúde da criança, prevenção de doenças e a educação dos membros da família. Os profissionais de saúde devem apoiar as famílias de forma constante, através de diretrizes de prevenção, da abordagem integral do crescimento e desenvolvimento da criança, além de prestar cuidado clínico no caso de uma situação de doença<sup>(17)</sup>.

Identificaram-se, aqui, profissionais interessados e preocupados com as necessidades de saúde de cada família e, inclusive, da comunidade. Através de visitas domiciliares, confirmadas em todas as entrevistas, as mães enfatizaram que a equipe de saúde é responsável pela atenção individual, da família e da comunidade.

A inclusão dos profissionais de saúde na comunidade, através de visitas domiciliares, não apenas fortalecem laços, mas, também propicia que as pessoas entendam os determinantes sociais do processo saúde/doença<sup>(18)</sup>. O compromisso dos profissionais de saúde com a população propicia espaço para que cada indivíduo seja acolhido e escutado na sua singularidade, o que contribui para restaurar a autonomia da pessoa que demanda atenção à saúde<sup>(18-19)</sup>.

No contexto da Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família tem o propósito de articular alguns princípios como universalidade, igualdade, atenção integral, a fim de entender a família e seu ambiente social, criando laços, compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade. Essa estratégia também pretende promover o desenvolvimento de ações de diferentes setores mediante parcerias, estimulando o reconhecimento da saúde como um direito, a organização da comunidade e o controle social<sup>(17)</sup>.

Além disso, a Estratégia de Saúde da Família tem sido considerada grande avanço por encorajar o alcance de ações de saúde, além dos limites das unidades de saúde. Seu propósito não é apenas contribuir para o maior envolvimento das equipes de saúde com a população, mas, também, ir além da ação biológica, estendendo-se, também, às dimensões sociais e humanas<sup>(17,20)</sup>. A Estratégia de Saúde da Família melhora a equidade porque a mesma conhece a população e procura desenvolver ações diferenciadas, voltadas para as reais necessidades de saúde<sup>(11,17)</sup>. Portanto, equidade melhora resolutividade na atenção primária.

## Conclusão

O presente estudo revela alto grau de afiliação entre as mães e a unidade de saúde às quais elas pertencem. Os atributos como acessibilidade (uso dos serviços), longitudinalidade, coordenação de atenção,

integralidade (serviços prestados), e orientação familiar e comunitária foram considerados fortes por mais de 80% das entrevistadas. Integralidade - serviços disponíveis - obteve o escore mais baixo. As respostas indicaram que a USF não dispõe de serviços para atender a população de forma completa; o serviço mais citado foi uma sala de vacinação.

Este estudo também permitiu a identificação dos esforços da USF para abordar a comunidade e entender suas reais necessidades de saúde, procurando maneiras de minimizar problemas e promover a qualidade da assistência prestada às crianças. O PCA Tool-Brasil foi adequado para este estudo, pois permitiu a identificação de aspectos tanto da estrutura como dos processos do serviço de saúde e, também, permitiu avaliação consistente da USF e dos atributos relacionados à Estratégia de Saúde da Família, do ponto de vista de mães de crianças com menos de um ano.

Considera-se extremamente importante investigar o cuidado prestado às crianças nas Unidades de Saúde da Família do ponto de vista e da perspectiva das mães, além de avaliar a assistência recebida por essas crianças nos serviços de saúde, para facilitar a identificação de pontos fortes e fracos potenciais, e permitir sua manutenção ou ajustamento, quando necessário, para melhorar os serviços da saúde da criança.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Informe da Atenção Básica 22, Ano 5, maio-junho; 2004. [acesso 16 jan 2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo\\_22.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo_22.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde; 2004. [acesso 16 jan 2012]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)
3. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Cienc Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2006. [acesso 5 março 2012];11(3):713-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300018>
4. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. Cienc Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2010. [acesso 5 março 2012];15(2):517-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200028>
5. Ministério da Saúde (BR). Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Ministério da Saúde; 2005.
6. Donabedian A. The quality of care – how come it be assessed? J. Am. Med. Assoc. 1988;260(12):1743-8.
7. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana; 1984.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Cidades. [acesso 16 jan 2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=35&dados=1>
9. Secretaria Municipal da Saúde (SP). Floresce uma Vida. Ribeirão Preto (SP): Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente; 2010. 35 p. Relatório Anual.
10. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília (DF): Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica; Ministério da Saúde; 2010.
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 725 p.
12. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Cienc Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 23 jan 2012];15(1):161-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
13. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Cad Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2010. [acesso 23 jan 2012];26(12):2316-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200010>
14. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2012 June [acesso 01 fev 2013] ; 20(3): 453-61. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300005&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300005>.
15. Mello DF, Lima RAG, Scochi CGS. Health follow-up of children in poverty situation: between the routine and eventuality of daily care. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

[periódico na Internet]. 2007. [acesso 24 jan 2012];15(especial):820-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700017>

16. Pinheiro R, Ferla A, Silva AG Júnior. Integrality in the population's health care programs. *Cienc Saúde Coletiva*. [periódico an Internet]. 2007. [acesso 1 fev 2012];12(2):343-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200010>

17. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Cienc Saúde Coletiva*. [periódico na Internet]. 2006. [acesso 3 fev 2012];11(3):739-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300021>

18. Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidados propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cad Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2009. [acesso 6 fev 2012];25(2):349-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200013>

19. Pinto IC, Marciliano CSM, Zacharias FCM, Stina APN, Passeri IAG, Bulgarelli AF. Nursing care practices at an outpatient care center from an integrative perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2012 Oct [acesso 01 fev 2013]; 20(5):909-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000500013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500013>.

20. Mercado F, Mercado M, Myers N, Hewit M, Haller NA. Patient preferences in choosing a primary care physicians. *J Prim Care Community Health*. 2012;3(2):125-31. doi: 10.1177/2150131911421802.

Recebido: 20.4.2012

Aceito: 5.2.2013

### Como citar este artigo:

Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2013 [acesso em: / / ];21(2):[08 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

URL

dia | ano  
mês abreviado com ponto