

A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras

Primary health care and its attributes: the situation of children under two years of age according to their caregivers

Marcos Mesquita Filho¹
Bruna Suellen Raimundo Luz²
Cristina Sousa Araújo³

Abstract *The scope of this study was to evaluate the attributes of primary health care for children and establish associated factors. A cross-sectional, observational and analytical study was conducted. Data were collected from interviews with caregivers of children enrolled in primary health care services, using a sociodemographic and health protocol, an instrument of economic classification and the Brazilian version of the Project Complexity Assessment Tool questionnaire for children. Models were developed using Poisson regression to search for associations. Only the longitudinality attribute was well evaluated. All the other mean scores were considered low. More than 80% of respondents rated the special and general scores of primary health care with low values. Children who had no brothers, were of the female sex, with socioeconomic classification A or B, and who had male caregivers with no partner were significantly associated with the low scores. Primary health care was thus poorly rated.*

Key words *Primary health care, Child health, Quality of health care evaluation, Health management, Health services*

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS) para crianças e conhecer fatores associados. Foi feito um estudo transversal, observacional e analítico. Os dados foram coletados a partir de entrevistas com cuidadoras de crianças, cadastradas nos serviços de APS, por intermédio de um protocolo sociodemográfico e de saúde, um instrumento de classificação econômica e do questionário PCA-TOOL infantil versão brasileira. Foram desenvolvidos modelos de regressão de Poisson para busca de associações. Apenas o atributo Longitudinalidade foi bem avaliado. Todos os demais apresentaram escores médios considerados baixos. Mais de 80,0% dos entrevistados avaliaram com baixos valores os escores especial e geral de APS. Crianças que não tinham irmãos, do sexo feminino, com classificação socioeconômica A ou B e que tinham cuidadores masculinos e sem companheiro se associaram significativamente à atribuição de baixos escores. A APS foi mal avaliada.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Saúde da criança, Avaliação da qualidade de cuidados da saúde, Gestão em saúde, Serviços de saúde*

¹ Curso de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Sapucaí. Av. Alfredo Custódio Ribeiro de Paula 320, Centro. 37.550-000 Pouso Alegre MG Brasil. mesquita.filho@uol.com.br

² Hospital Maternidade Frei Galvão.

³ Hospital Ermelino Matarazzo.

Introdução

A atenção primária em saúde (APS) abrange ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de agravos que são desenvolvidas por equipes multidisciplinares orientadas a resolver os problemas de saúde de maior ocorrência numa determinada região. A estratégia de organização da atenção primária no Brasil é a Saúde da Família¹ que inicia a sua estruturação a partir da década de 1990². Esta prática assistencial considera que a família deve ser entendida a partir do ambiente onde vive³ e as ações de saúde ocorrerem em áreas de abrangência definida, com adscrição da clientela.

Segundo Starfield⁴ são quatro os atributos que a APS deve apresentar: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro está relacionado com a acessibilidade e o cuidado que o serviço presta a cada problema de saúde. A longitudinalidade reflete a continuidade temporal da oferta e da utilização dos serviços de saúde, incluindo uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais. A integralidade supõe o suprimento de ações de promoção, prevenção e recuperação, bem como atenção biopsicossocial pelo serviço e sistema. A coordenação implica na garantia da continuidade da atenção e no reconhecimento dos problemas que necessitam de seguimento constante². As ações de APS são também qualificadas por dois atributos derivados que se apresentam intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços: orientação familiar ou atenção à saúde centrada na família, que considera o contexto familiar na avaliação da atenção individual; a orientação comunitária que é a prática de reconhecimento, através de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade, das necessidades de saúde da população coberta pela APS⁴.

Coexistem com a ESF outros serviços de APS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), na qual a demanda atendida se apresenta de maneira espontânea ou é encaminhada por outros serviços⁵.

Shi et al.⁶ desenvolveram um instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária. Em sua versão infantil, o PCATool, a partir de entrevistas com cuidadores de crianças de até dois anos de idade, identifica aspectos do funcionamento, da estrutura e do processo dos serviços de atenção primária voltados a este público.

Em 2002 comprovou-se que os itens referentes aos atributos da atenção primária possuíam validade e confiabilidade suficientes para sua aplicação em estudos sobre a saúde infantil no Brasil⁷. Seu uso é recomendado pelo Ministério da Saúde⁸.

É fundamental conhecer a avaliação dos cuidadores sobre o atendimento prestado às crianças, para identificar os fatores positivos e negativos da atenção primária na busca de seu aperfeiçoamento⁹⁻¹¹.

O objetivo deste estudo foi avaliar, a partir da percepção de cuidadores, os atributos da atenção primária à saúde para crianças de zero a dois anos de idade e conhecer possíveis fatores intervinientes na avaliação.

Métodos

O estudo foi transversal, observacional, não controlado e analítico. Foi realizado na rede de saúde municipal de Pouso Alegre, MG, durante os meses de janeiro à dezembro de 2009.

Compreendeu o universo da Atenção Primária à Saúde do município, que contava na ocasião com nove Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e treze unidades de Saúde da Família (ESF).

Foi selecionada uma amostra das cuidadoras das crianças de zero a 24 meses de idade, registradas nesses serviços. Definiu-se cuidadora segundo critério de Harzhein em sua pesquisa de validação do PCATool¹². “Cuidadora principal é a pessoa que pode ser identificada pela pergunta: Quem é que melhor sabe informar sobre a saúde da criança?” Na grande maioria das vezes é a própria mãe. Este critério foi também empregado no estudo de Leão et al.¹³. A população de estudo, estimada para este período, era de 3.618 habitantes (51,1% homens), a saber: 1797 menores de um ano, 1821 crianças de um a dois anos¹⁴.

A amostragem foi probabilística, por conglomerados, em um estágio, sendo selecionada proporcionalmente à população coberta por cada serviço. Os critérios utilizados para o cálculo do tamanho da amostra foram $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,20$, prevalência estimada de 72,0%⁷ e precisão de 5,0% e um efeito desenho de 1,2. O tamanho obtido foi de 343 sujeitos. Foram selecionadas, por sorteio, 450 crianças de maneira aleatória. A partir delas foram encontradas as cuidadoras. Foram critérios de elegibilidade: cuidar de criança com dois anos ou menos de idade, cadastrada em um serviço público de atenção primária. Foram en-

trevistados 419 indivíduos, pois 31 não foram encontrados ou recusaram-se a participar. Das crianças estudadas, 52,0% eram meninos e 48,0% meninas, o que correspondia à estimativa populacional da faixa etária de zero a dois anos, em Pouso Alegre, no período estudado.

Inicialmente era respondido um protocolo de dados sociodemográficos e de saúde da criança que continha as seguintes variáveis: idade, sexo, renda familiar, cor, número de irmãos, serviço onde foi registrada, frequência a outros serviços de saúde, tipo de serviço preferencial, situação de saúde, presença de doenças e consumo de medicamentos no dia da entrevista, uso de vitaminas A e D e de sulfato ferroso. Em relação à cuidadora levantou-se sexo, idade, escolaridade, estado civil, cor, parentesco com a criança. O segundo questionário objetivava a classificação socioeconômica da família da criança, segundo critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁵, que é usado para estimar o poder de compra de famílias urbanas. Para esta classificação considera-se a posse de itens e o grau de instrução do chefe de família. Seus escores foram calculados pela soma de pontos obtidos em cada questão sendo então obtida a classificação de cada família. Neste estudo optou-se por simplificar a classificação deste instrumento. Ao invés de se utilizar as oito categorias originais (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E), estas foram agregadas em três itens (A e B; C; D e E).

Por fim foi utilizado o PCATOOL⁷, instrumento de domínio público, embasado no marco teórico da atenção primária à saúde, que mede a presença e a extensão de quatro atributos essenciais e de dois atributos derivados da atenção primária à saúde e o grau de afiliação ao serviço. O questionário consta de 46 questões do tipo Likert sobre os atributos essenciais (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação) e dos derivados: Orientação Familiar e Orientação Comunitária⁷. Este instrumento permite a construção de escores para avaliação da atenção primária à saúde. Cada item pode assumir um valor entre um e quatro pontos. O escore final dos atributos é dado pela média das suas respostas, que também variam de 1 a 4. O valor dos escores obtidos para cada atributo foi transformado em uma escala de zero a dez a partir da seguinte fórmula⁸ [(Escore obtido - 1) x 10]/3. Em alguns atributos são encontradas subdimensões. A soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde

produz o Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde (EEAPS). A soma da média destes escores essenciais com as médias dos escores derivados produz o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde (EGAPS)⁷. Valores de escores maiores ou iguais a 6,6 foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais na escala *Likert*¹⁶. Valores menores foram considerados baixos.

O estudo foi realizado a partir de visitas domiciliares. Os pesquisadores compareceram às residências das crianças selecionadas, explicavam o objetivo do estudo e convidavam as cuidadoras a participarem. Se houvesse concordância era lido o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitada a assinatura do mesmo. Uma vez obtida a anuência passava-se a uma leitura inicial dos instrumentos, na seguinte ordem: protocolo de dados sociodemográficos e de saúde, classificação socioeconômica ABEP¹⁵ e PCATOOL⁷ versão infantil. No caso de dúvidas, os itens eram relidos quantas vezes se fizessem necessárias. Não foram efetuadas explicações sobre o conteúdo específico das questões, no intuito de se prevenir a influência dos pesquisadores. Em seguida eram feitas as perguntas e preenchiam-se os instrumentos de acordo com o relato do sujeito, na mesma sequência da leitura.

Os dados foram compilados, agrupados e organizados em banco de dados elaborado com uso do programa Excel.

Para o tratamento dos dados foi realizada a análise descritiva simples que utilizou média, mediana, intervalo de confiança (95%), desvio padrão e valores máximos e mínimos para as variáveis quantitativas. O grupo estudado foi dicotomizado em EGAPS e EEAPS altos ou baixos, procedimento também efetuado para os escores de cada atributo da APS. A construção de modelos explicativos para estes escores e atributos foi feita utilizando-se da regressão de Poisson, sendo os comandos para seu cálculo escritos no submenu *survey* (*svy*) do software Stata 9, que permite a consideração do plano amostral na análise. O efeito dos conglomerados foi corrigido pelo método de linearização de Taylor. Foram incluídas nos modelos multivariados variáveis independentes que apresentaram ao teste do qui quadrado valores de $p \leq 0,20$. Foi considerado significativo $p \leq 0,05$.

O estudo obedeceu aos preceitos contidos na resolução 196/96¹⁷ do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Sapucaí.

Resultados

Das 419 crianças estudadas 218 (52,0%) eram do sexo masculino. Tinham uma idade média de 13,3 meses (DP = 0,4; mediana = 14,0), com 55,4% tendo de um a dois anos. Na amostra 77,8% foram declarados brancos. A quantidade média de irmãos foi de 1,3 por indivíduo (DP = 0,07, mediana = 1,0). Observou-se que 57,3% tinham de um a três irmãos, mas 36,0% (151) não tinha nenhum. A renda familiar da maioria se situava de zero a três salários mínimos (89,5%), com uma renda mediana de 1,5. Nenhum dos entrevistados disse que a saúde das crianças sob seus cuidados era ruim, sendo que 93,1% afirmaram que ela era boa ou ótima. Porém, foi relatada a presença de doenças no dia da entrevista em 19,8%. As cuidadoras informaram que 35,8% utilizavam vitaminas A e D de rotina, 37,5% sulfato ferroso e 10,5% estavam em uso de outros medicamentos na data da entrevista. A maior parte das famílias, de acordo com os critérios de classificação socioeconômicos utilizados, foi classificada na categoria C (46,1%) ou na D com a proporção de 31,0% (Tabela 1).

A maioria das cuidadoras eram mulheres (94,0%) que viviam com o companheiro(a). A idade média era 29,4 anos (DP = 10,7; mediana = 28,0). A maior parte tinha entre 20 e 29 anos (46,8%). A maioria dos entrevistados havia cursado no máximo o ensino fundamental completo (57,3%). Foram 313 os que se autodeclararam brancos. A Tabela 1 mostra ainda que a mãe era a principal cuidadora.

As unidades de saúde da família (ESF) correspondiam ao serviço de origem de 86,6% dos pesquisados. Entretanto, 92,4% informaram que também buscavam outros serviços diferentes daquele em que estavam cadastrados. A atenção exclusiva pelo setor público foi relatada por 89,7% e os demais optavam também pela área privada. Além do atendimento nas UBS e ESF, 41,3% eram também atendidos em outros serviços municipais como policlínicas e unidades de pronto atendimento (UPA). Optavam também pela atenção no pronto socorro (PS) do hospital universitário 50,6% da amostra. Foi observado que 6,4% das crianças registradas nas ESF ou UBS buscavam os serviços de saúde suplementar e 4,1% os exclusivamente privados. Se inquiridos sobre o tipo de serviço que preferiam, 77,1% das cuidadoras indicavam os da ESF (Tabela 2).

Na Tabela 3 se encontram os escores médios dos atributos da Atenção Primária. O atributo Coordenação foi o de menor valor médio e o

Longitudinalidade o de maior. Observa-se que apenas Longitudinalidade apresentou uma pontuação que pode ser considerada elevada. Além disso, a maioria das cuidadoras atribuiu escores de baixos valores aos atributos (com exceção da Longitudinalidade), bem como aos Escores Essencial e Geral de APS. Acesso de Primeiro Contato e Integralidade de Serviços Complementares apresentaram mais de 90,0% de avaliações negativas. Integralidade serviços básicos, Integralidade de Serviços Complementares, Integralidade – ações de promoção e prevenção recebidas, Coordenação, Orientação Familiar e Orientação Comunitária o apresentaram entre 51,0 a 71,0% de baixas avaliações. Aos Escores Essencial e Geral de APS foram atribuídos valores baixos em mais de 80,0% das entrevistas.

Os modelos para as análises multivariadas dos atributos e dos escores da atenção primária foram construídos selecionando-se, por análise bivariada, as variáveis independentes. O Quadro 1 mostra os componentes iniciais de cada um deles.

Após Regressão de Poisson, permaneceram nos modelos as variáveis constantes da Tabela 4 ($p \leq 0,05$). Nas avaliações do Acesso de Primeiro Contato as cuidadoras de meninas concederam 2,79 vezes (Razão de Prevalência – RP) mais escores baixos do que os demais. Também os que tinham como serviço preferencial a ESF (RP = 1,55) e as Mulheres Cuidadoras (RP = 2,56) apresentaram piores avaliações da Acessibilidade. As cuidadoras que não buscavam outros serviços públicos de saúde na esfera municipal, além daquele no qual foi levantado seu cadastro, apresentaram uma proporção maior de escores baixos no atributo Longitudinalidade (RP = 1,12). Já os que consideravam o ESF como preferencial apresentaram uma proporção de escores baixos neste item 17,0% menor do que optavam por outros locais. Ao se estudar a Integralidade de Serviços Básicos observou-se que a única variável estatisticamente associada foi crianças que utilizavam medicamentos no dia da entrevista (RP = 1,30). Quanto à Integralidade dos Serviços Complementares, aqueles que não frequentavam outros serviços públicos municipais além das ESF e UBS de origem tinham uma avaliação 62,0% melhor do que os que compareciam também aos outros. Este modelo também mostrou que as crianças com uma classificação socioeconômica mais elevada tinham mais restrições ao se avaliar a variável dependente (RP = 2,05). A Integralidade em seus aspectos de Prevenção e Promoção à Saúde não se associou às variáveis explicativas.

Tabela 1. Características das crianças atendidas pelas ESF e UBS e de suas cuidadoras.

Variável	Frequência absoluta	Porcentagem (%)
CRIANÇAS		
Total	419	100,0
Sexo		
Feminino	201	48,0
Masculino	218	52,0
Faixa etária (em meses)		
Um a onze meses	187	44,6
Doze a 24 meses	232	55,4
Cor		
Branca	326	77,8
Negra/Parda	93	22,2
Número de irmãos		
Nenhum	151	36,0
Um a três	240	57,3
Mais de três	28	6,7
Renda familiar		
Menos de um Salário Mínimo	51	12,2
De um a três Salários Mínimos	324	77,3
Mais de três Salários Mínimos	44	10,5
Situação de saúde		
Regular	29	6,9
Boa	73	17,4
Muito boa	317	75,7
Presença de doenças no dia da entrevista		
Não	336	80,2
Sim	83	19,8
Uso de medicamentos no dia da entrevista		
Não	375	89,5
Sim	44	10,5
Classificação socioeconômica		
AB	35	8,4
C	193	46,1
DE	191	45,6
CUIDADORAS (ES)		
Total	419	100,0
Sexo		
Feminino	392	93,6
Masculino	27	6,4
Faixa etária		
de 10 a 19 anos	57	13,6
de 20 a 29 anos	196	46,8
de 30 a 49 anos	141	33,7
50 anos e mais	25	6,0
Cor		
Branca	313	74,7
Negra/Parda	108	25,3
Escolaridade		
Nenhuma	3	0,7
Curso fundamental	237	56,6
Curso médio	179	42,7
Estado civil		
Casada (o) ou com companheiro (a)	325	77,6
Vive sem companheiro (a)	94	22,4
Grau de parentesco com a criança		
Não tem parentesco	2	0,4
Mãe	321	76,6
Pai	22	5,3
Avós	43	10,3
Irmãos	10	2,4
Outro	21	5,0

Tabela 2. Tipos de serviços de saúde utilizados pelas crianças.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Total de crianças	419	100,0
Serviço de saúde de origem		
ESF	363	86,6
UBS tradicional	56	13,4
Frequenta outro(s) serviço(s)		
Não	32	7,6
Sim	387	92,4
Setores Público e Privado		
Exclusivamente serviços públicos	376	89,7
Frequenta também serviços privados/ suplementares	43	10,3
Outros serviços a que recorre além do ESF e ou UBS tradicional		
Saúde Suplementar	27	6,4
Policlínica/UPAS	173	41,3
Pronto Socorro	212	50,6
Serviços privados	17	4,1
Serviço de saúde preferencial		
ESF	323	77,1
UBS tradicional	72	17,2
Plano de saúde e/ou Serviço privado	8	1,9
UPA e/ou POLICLÍNICA	13	3,1
Pronto Socorro	3	0,7

Tabela 3. Escores médios, Intervalo de Confiança (95%), medianas, desvios padrão e proporção de escores de baixos valores (< 6,6) dos atributos, escore especial e escore geral da Atenção Primária em Saúde.

Avaliação de Atributos e da APS	Escore Médio	IC 95%	Mediana	DP	% de valores baixos (< 6,6)
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	4,7	4,5-5,5	5,0	1,2	91,5
Longitudinalidade	7,8	6,8-8,0	7,8	1,8	19,3
Integralidade serviços básicos disponíveis	5,6	4,5-6,1	5,0	2,5	58,7
Integralidade - serviços complementares disponíveis	2,9	2,7-4,0	3,3	1,8	94,6
Integralidade- Ações de promoção e prevenção recebidas	5,6	3,7-6,1	4,0	3,5	51,6
Coordenação	5,0	3,7-6,3	4,7	4,2	55,6
Orientação familiar	4,7	3,0-4,7	3,9	2,6	70,9
Orientação comunitária	5,4	3,5-5,3	4,2	2,8	56,7
Escore Especial de APS	5,3	4,6-5,7	5,0	1,3	81,8
Escore Geral de APS	5,2	5,1-5,4	5,3	1,3	85,0

Os entrevistados cujas crianças foram localizadas nas ESF avaliaram a Coordenação da APS de uma maneira melhor que os que estavam registradas nas UBS tradicionais (RP = 0,34). Neste atributo, a baixa escolaridade da cuidadora (RP = 2,57) e crianças com classificação socioeconômica AB apresentaram maior prevalência de baixos escores (RP = 2,31).

Ainda na Tabela 4, os escores para Orientação Familiar estiveram associados às faixas etá-

rias das cuidadoras, havendo uma maior proporção de valores baixos entre os de menor idade (RP = 1,25). Já para Orientação Comunitária, estes se associaram ao sexo da cuidadora sendo que as mulheres atribuíam mais valores baixos (RP = 1,38), e tendo relação inversa com o número de irmãos (RP = 0,78).

Uma maior proporção de baixos Escores Essenciais de APS esteve associada às crianças de sexo feminino (RP = 1,76); com nenhum irmão

Quadro 1. Modelos para análise multivariada dos baixos escores para Atributos, Escore Especial e Escore Geral de Atenção Primária em Saúde.

Modelo	Variável dependente	Variáveis independentes
1	Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	Sexo da criança, Frequência outro serviço municipal, Apresentar o ESF como serviço preferencial, Situação de saúde, Presença de doenças no dia da entrevista, Consumo de medicamentos, Sexo da cuidadora, Faixa etária da cuidadora (anos), Classificação socioeconômica.
2	Longitudinalidade	Faixa salarial (SM), Cor, Serviço de Saúde de Origem (ESF ou UBS), Frequência a outro serviço municipal, Apresentar o ESF como serviço preferencial, Situação de saúde, Presença de doenças no dia da entrevista, Consumo de medicamentos, Cor da cuidadora, Presença de companheiro/a da cuidadora, Classificação socioeconômica
3	Integralidade serviços básicos	Faixa etária (meses), Faixa salarial (SM), Número de irmãos, Frequência ao Pronto Socorro, Frequência exclusiva a serviços públicos, Frequente também Saúde suplementar, medicina privada, Apresentar o ESF como serviço preferencial, Situação de saúde, Presença de doenças no dia da entrevista, Consumo de medicamentos, Cor da cuidadora, Escolaridade da cuidadora, Presença de companheiro/a da cuidadora, Classificação socioeconômica.
4	Integralidade de Serviços Complementares	Cor da criança, Frequência a serviço que não ESF ou UBS, Situação de saúde, Presença de doenças no dia da entrevista, Classificação socioeconômica.
5	Integralidade – ações de promoção e prevenção recebidas	Sexo da criança, Frequência ao Pronto Socorro, Frequência exclusiva a serviços públicos, Frequente também Saúde suplementar, Presença de doenças no dia da entrevista, Presença de companheiro/a da cuidadora, Classificação socioeconômica.
6	Coordenação	Cor da criança, Serviço de Saúde de Origem (ESF ou UBS), Consumo de vitaminas A e D, Consumo de sulfato ferroso, Escolaridade da cuidadora, Classificação socioeconômica.
7	Orientação Familiar	Cor da criança, Serviço de Saúde de Origem (ESF ou UBS), Frequência exclusiva a serviços públicos, Apresentar o ESF como serviço preferencial, Sexo da cuidadora, Faixa etária da cuidadora, Escolaridade da cuidadora, Classificação socioeconômica.
8	Orientação Comunitária	Faixa etária da criança, Faixa salarial (SM), Número de irmãos, Serviço de Saúde de Origem (ESF ou UBS), Frequência a outro serviço municipal, Apresentar o ESF como serviço preferencial, Sexo da cuidadora.
9	Escore Especial de APS	Sexo da criança, Faixa salarial (SM), Número de irmãos, Apresentar o ESF como serviço preferencial, Situação de saúde, Consumo de medicamentos, Presença de companheiro/a da cuidadora, Classificação socioeconômica.
10	Escore Geral de APS	Sexo da criança, Faixa salarial (SM), Número de irmãos, Apresentar o ESF como serviço preferencial, Situação de saúde, Sexo da cuidadora, Cor da cuidadora, Classificação socioeconômica.

– RP = 1,27 e ao fato da cuidadora não apresentar companheiro(a) (RP = 1,28).

Baixo Escore Geral de APS também se associou às meninas (RP = 1,45) e à ausência de ir-

Tabela 4. Variáveis independentes mantidas no modelo de regressão de Poisson com suas respectivas Razões de Prevalência, Intervalos de Confiança (95%) e valores de p associadas a baixos escores dos Atributos, Escore Especial e Escore Geral de APS.

Atributos e Escores de APS	Variáveis independentes	RP	IC (95%)	p
Acesso de Primeiro Contato	Sexo da Criança - feminino	2,79	1,19–6,57	0,021
	Serviço Preferencial: ESF	1,55	1,00–2,40	0,049
	Sexo da Cuidadora - feminino	2,56	1,03–6,32	0,043
Longitudinalidade	Frequência a outro(s) serviço(s) público(s) municipal(is)	1,12	1,03–1,21	0,014
	Serviço Preferencial: ESF	0,83	0,71–0,98	0,025
Integralidade de serviços básicos	Não usar medicamentos na data da entrevista	1,30	1,01–1,67	0,043
Integralidade de Serviços Complementares	Frequência a outro(s) serviço(s) público(s) municipal(is)	0,38	0,17–0,89	0,028
	Classificação socioeconômica - AB	2,05	1,07–3,92	0,031
Integralidade – ações de promoção e prevenção recebidas	-	-	-	-
Coordenação	Serviço de Saúde de origem (ESF ou UBS)	0,34	0,12–0,96	0,043
	Escolaridade da cuidadora – fundamental	2,57	1,18–5,57	0,021
	Classificação socioeconômica - AB	2,31	1,35–3,95	0,005
Orientação Familiar	Faixa Etária da cuidadora – 10 a 19 anos	1,25	1,11–1,40	0,001
Orientação Comunitária	Número de irmãos - nenhum	0,79	0,64–0,98	0,034
	Sexo da cuidadora - feminino	1,38	1,11–1,72	0,005
Escore Essencial de APS	Sexo da criança - feminino	1,76	1,11–2,79	0,019
	Número de irmãos - nenhum	1,27	1,00–1,61	0,048
	Presença de companheiro/a da cuidadora	1,28	1,02–1,62	0,038
Escore Geral de APS	Sexo da criança - feminino	1,45	1,08–1,95	0,016
	Número de irmãos - nenhum	1,46	1,11–1,93	0,009
	Sexo da cuidadora – feminino	2,47	1,12–5,43	0,027
	Classificação socioeconômica	1,85	1,04–3,29	0,038

mãos (RP = 1,46). Além disto, também foi mais comum quando a cuidadora fosse mulher (RP = 2,47) e quando a criança se enquadrasse na categoria AB da classificação socioeconômica (RP = 1,85).

Discussão

Os serviços da atenção primária voltados à saúde integral da criança são essenciais. Nos primei-

ros anos de vida, estes serviços são fundamentais à manutenção da sua saúde e a um crescimento e desenvolvimento adequados.

A predominância de crianças masculinas e das de um a dois anos corresponde tanto à realidade brasileira como à do município, sendo as proporções encontradas para meninas e meninos semelhantes àquelas das estimativas populacionais oficiais. Harzhein *et al.*⁷, no estudo de validação do PCATool em Porto Alegre, selecionou amostra semelhante à deste trabalho. Numa pes-

quisa em Montes Claros¹³ encontrou-se uma média de idade correspondente, mas houve um pequeno predomínio de meninas (50,6%). A proporção de crianças cujas cuidadoras consideraram de muito boa saúde foi superior ao resultado encontrado no estudo de Porto Alegre¹².

A predominância da classificação socioeconômica em classes CDE encontrada em cerca de 90,0% das famílias entrevistadas assemelhou-se à observada no trabalho de Porto Alegre¹², já em Montes Claros¹³ 97,0% eram assim classificadas, fatos coerentes com a situação socioeconômica da população de cada região. Como nos demais estudos^{12,13} a mãe era a principal cuidadora, apresentando baixa escolaridade e idade majoritariamente entre 20 e 39 anos. É importante destacar que a maioria das cuidadoras são mulheres de estratos sociais e econômicos de baixo poder aquisitivo. Culturalmente, no Brasil, o papel de cuidadora tem sido reservado às mulheres¹⁸. Apesar da inserção da mulher no mercado de trabalho, ela ainda exerce o papel, mesmo que em dupla jornada, o que traz à tona a questão da divisão sexual do trabalho, cabendo à mulher cuidar do marido e filhos, além de atividades do âmbito privado e aos homens as tarefas do espaço público¹⁸. Desta forma, na organização social, se situariam no campo do feminino, além de outras atividades, aquelas ligadas a hospitais, creches e escolas¹⁹. Tais características se tornam mais visíveis em situações onde o poder aquisitivo do extrato social envolvido é mais baixo, como neste trabalho.

Nos serviços de saúde frequentados houve a predominância de serviços públicos, notadamente os da ESF, o que está de acordo com a população usuária de serviços de atenção primária. A proporção dos que frequentavam serviços públicos exclusivamente foi maior que os da pesquisa CNI-IBOPE²⁰, a qual mostrou que 60% da população utilizavam somente a rede pública.

A constatação de que a maior parte dos atributos da atenção primária apresentaram escores médios de baixo valor indica o mau desempenho destes serviços. O valor médio referente ao Acesso de Primeiro contato, que informa sobre o acesso aos serviços, ao leque biopsicossocial de ações de saúde disponíveis nos diversos momentos que compõem o processo saúde-agravo, bem como à inserção comunitária e sua relação com os usuários²¹, foi menor do que o obtido em outros estudos brasileiros^{12,13}. Nestes estudos eles também se situavam na região dos baixos valores.

A dificuldade de acesso foi informada por 91,5% dos entrevistados que atribuíram baixos

escores a este atributo, mostrando o alto grau de iniquidade a que as crianças estavam expostas. As precárias condições de saúde, os processos agudos de adoecimento, as dificuldades de acesso e o consumo dos serviços de saúde são expressão da desigualdade, heterogeneidade e fragmentação do tecido urbano brasileiro²². Num estudo com menores de cinco anos, em que se mensurou a acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro na cidade de Recife, 38,8% das crianças tiveram dificuldades ao buscar as APS. As dificuldades de acesso são motivações importantes para não se buscar a rede básica²³. As cuidadoras de meninas apresentaram uma prevalência de baixos escores 2,79 ($p = 0,021$) vezes maiores que as que cuidavam de meninos. As mulheres cuidadoras apresentaram uma razão de prevalência igual a 2,56. As cuidadoras, em sua grande maioria, eram as próprias mães das crianças, fato que pode explicar a postura mais crítica destas em relação a dos homens na avaliação da acessibilidade. Cuidadoras que apresentavam a ESF como serviço preferencial também atribuíram 1,55 vezes mais baixos escores à acessibilidade do que as demais. Agravos em condições agudas, tempo de espera pelo atendimento, dificuldades geográficas ou de marcação de consultas, carência de transporte coletivo são fatores que se associam às dificuldades de acesso²³⁻²⁵.

A continuidade da atenção, a confiança mútua serviço-usuário, a conexão do usuário com o serviço e os profissionais de saúde, que é expressa pela Longitudinalidade, atingiu pontuação elevada (7,8), com apenas 19,3% da amostra atribuindo baixos escores. Este achado permite supor que apesar dos sérios problemas da APS manifestados nos baixos EGAPS e EEAPS, uma vez obtido o acesso, existe a longitudinalidade. A avaliação positiva deste atributo indica a fidelização aos serviços. Tal fato pode ser atribuído à adequação dos serviços à realização de diagnósticos e tratamentos, bem como uma baixa ocorrência de encaminhamentos desnecessários¹³. Mas também pode estar associada à ausência de opções que o usuário, que já apresenta dificuldades de acesso, tem na busca de outras opções de atenção. De qualquer maneira, a longitudinalidade adequada pode trazer impactos positivos tanto à saúde infantil como à rede de serviços¹². O estudo de Harzhein¹² apresentou escores semelhantes neste item, bem como o de Leão et al.¹³. As cuidadoras cujas crianças utilizavam outros serviços de saúde do município atribuíram proporcionalmente àqueles que eram usuários exclusivos da ESF ou da UBS uma proporção

significativamente maior de escores negativos para o atributo. Os que preferiam a ESF para atendimento da criança apresentaram uma proporção de avaliações negativas 17,0% menor que a dos demais. Estes achados são coerentes com a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente, implícita nesta característica da APS, pela existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo⁴.

No atributo Integralidade é mensurada a capacidade da APS de prover a seus usuários serviços de saúde em todos os níveis e nas áreas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação⁴. No PCATool ela se apresenta em três subdimensões. Todas apresentaram, em média, baixos escores, mas a Integralidade de Serviços Complementares foi o atributo de pior escore médio (29,0% dos pontos possíveis). A este escore correspondeu a mais alta proporção de entrevistados que avaliou negativamente um atributo da APS: 94,6%, indicando descontinuidade e falta de acesso aos serviços complementares. As subdimensões da Integralidade relacionadas com os serviços básicos e com ações de promoção e proteção apresentaram avaliações iguais (ambas com o escore médio de 5,6, sendo a dos serviços básicos com uma proporção de baixos valores de 58,7% e a segunda de 51,6%). Em conjunto, os resultados apresentados pelas três dimensões da Integralidade mostram uma APS que oferece poucos serviços disponíveis e prestados nos diversos níveis de complexidade, baixa disponibilidade de ações de prevenção primária e uma ausência de serviços complementares⁸. Estes resultados divergiram dos encontrados por Leão *et al.*¹³ e por Harzheim¹². A integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde, disponibilize os recursos para abordá-las e que identifique problemas de todo tipo, sejam orgânicos, funcionais ou sociais²⁶. No sistema de saúde brasileiro, no qual coexistem os serviços públicos e os voltados ao mercado, a Integralidade é comprometida⁴. O confronto entre interesses e necessidades é explícito quando o usuário prioriza a busca de serviços com uma concentração tecnológica maior do que os da APS²³. Após a regressão de Poisson, foi encontrada associação significativa entre a atribuição de baixos escores à integralidade dos serviços básicos e cuidadoras que não relatavam uso de medicamentos pela criança no dia da entrevista (1,3 vezes mais baixos escores do que os que utilizavam). Crianças em tratamento medicamentoso poderiam ser as que compareceram recentemente aos serviços, atribuindo assim escores mais

elevados. A Integralidade de serviços complementares se apresentou associada a crianças que frequentavam outros serviços de saúde do município. Estas apresentaram 62,0% menos escores negativos do que as usuárias exclusivas dos serviços da atenção básica. A procura a vários serviços possivelmente se reflete numa estratégia de se buscar ativamente pelos procedimentos complementares em diversos locais. Os pesquisados de classificação socioeconômica mais elevada atribuíram mais do dobro de escores baixos para esta dimensão que os demais, fato que se justifica por terem maior possibilidade de acesso a exames complementares fora do sistema público de saúde. De qualquer forma, é importante ressaltar que 94,6% atribuíram baixos escores ao atributo, fato que mostra por si só sua inadequação às necessidades da população pesquisada. No modelo da integralidade da promoção e da prevenção não foi encontrada associação significativa de baixos escores a nenhuma das variáveis que integraram o modelo.

As questões referentes ao atributo Coordenação foram respondidas por apenas 10,1% dos entrevistados. A maioria das crianças estudadas não teve necessidade de acessar serviços para um seguimento prolongado ou em outro nível de complexidade, além do da APS. O escore médio deste atributo foi baixo, sendo assim assinalado pela maioria dos respondentes. Na pesquisa em Porto Alegre o escore (6,3) apresentou valor muito próximo ao limite máximo dos baixos escores¹², bem como em Leão *et al.*¹³. Este atributo revela a capacidade do provedor de atenção primária de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. A realidade é bastante diversa, pois a atenção à saúde às crianças em serviços básicos de saúde ocorre de maneira fragmentada^{24,25}. São fatores limitantes de uma efetiva Coordenação a alta rotatividade dos médicos e a formação inadequada para a função²¹. É comum que profissionais recém-formados vão atuar temporariamente na ESF, aguardando aprovação em programas de residência médica. Estes fatores se somam à existência de serviços de maior concentração tecnológica, com valorização da especialização, associada a uma avaliação da Atenção Primária como lugar de clínica de baixa qualificação, que pode ser exercida por médicos com qualquer tipo de, e mesmo, sem qualquer formação²¹. Ser criança originalmente registrada em UBS permaneceu associado à baixa pontuação no escore da Coordenação, o que pode mostrar uma melhor atuação da ESF neste atributo. Quando o entrevistado tinha

cursado no máximo até o ensino fundamental maior era a proporção valores baixos em relação aos de nível médio. Tais dados se contradizem com os da classificação socioeconômica, que em seus estratos de maior poder aquisitivo há também alta proporção baixos escores (RP = 2,31; p = 0,005). Os resultados da coordenação podem ter sido enviesados pelo pequeno número de entrevistados que foram incluídos para responder às suas questões.

Orientação Familiar (ou atenção à saúde centrada na família) é a consideração, por parte dos que atuam na APS, do contexto familiar e de seu potencial (tanto de cuidado, como de ameaça à saúde) na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral⁸. A este atributo foram também ministrados escores baixos pela maioria dos entrevistados (70,9%), alcançando escore médio de 4,7; fato que aponta para um desinteresse do serviço para as questões relativas à situação familiar dos pacientes estudados. Apesar da estratégia de APS no Brasil ser a Saúde da Família, o que se observa, a partir destes resultados, é que o serviço ainda não assimilou este modelo, se estruturando a partir de propostas anteriores, que centravam sua atenção no indivíduo, privilegiando a doença e a demanda. O estudo realizado em Porto Alegre e o de Montes Claros^{12,13} apresentaram resultados semelhantes, com baixos valores para a Orientação Familiar. O modelo para o atributo se associou significativamente à faixa etária da cuidadora, com piores avaliações ocorrendo principalmente entre aqueles mais jovens. Esta avaliação indica as dificuldades de mudança da proposta de atenção à saúde, tanto por parte dos trabalhadores como pelos gestores da saúde. Ainda se encontra arraigado na população brasileira o modelo hospitalocêntrico, calcado na demanda espontânea, individualista, centralizado, iníquo, especializado, preponderante em períodos anteriores.

À Orientação Comunitária, atributo especial da APS, também foram concedidos baixos escores pela maioria. Isto revela o não reconhecimento, por parte do serviço, das especificidades de saúde da comunidade e da epidemiologia prevalente; da ausência contato direto com a população adscrita e de relacionamento com ela, assim como a ausência do planejamento e avaliação conjunta⁸. Esses resultados denotam também uma inserção comunitária fraca, a não participação da APS nas questões de interesse populacional, o desconhecimento das necessidades dos habitantes do território. Revela, outra vez, uma postura voltada à demanda espontânea e não à

organização e à integralidade da atenção. No estudo de Leão et al.¹³ foram encontrados valores semelhantes, enquanto que no de Harzhein¹² a pontuação média atribuída foi ainda mais baixa. Como na maioria dos demais atributos, uma proporção superior a 50,0% dos entrevistados optou por baixos escores. Cuidadoras de crianças com irmãos atribuíram uma maior proporção de baixos escores à orientação comunitária, possivelmente por uma maior dificuldade de se obter interação com o serviço, relacionada ao maior número de usuários infantis, uma demanda composta majoritariamente por problemas de saúde agudos. As cuidadoras atribuíram proporcionalmente mais escores baixos que os cuidadores. Como se destacou anteriormente, estas são, em sua maioria, mães que pelo papel cultural da mulher como cuidadora das crianças usuárias, por assumir tarefas relacionadas à saúde¹⁹, assumiriam posições de maior criticidade em relação aos atributos da APS.

Os escores Essencial e Geral de APS atingiram médias parecidas (5,2 e 5,3). Baixos escores de APS foram assinalados por mais de 80,0% dos entrevistados. Essa expressão de insatisfação com os serviços indicou que a atenção primária à saúde ainda estaria distante de uma atuação integral, resolutiva, participativa, de qualidade. Tal constatação se tornou previsível a partir da análise de cada atributo, que como foi observado anteriormente, com exceção do da longitudinalidade, receberam majoritariamente baixos escores. Em alguns casos observou-se quase uma unanimidade de más avaliações, como em Acesso de primeiro contato e Integralidade de serviços complementares. Os estudos de Porto Alegre¹² e de Montes Claros¹³ mostraram escores Essencial e Geral mais elevados. Não se encontrou diferença de escores médios entre os usuários do ESF e da UBS. Observou-se que os entrevistados que cuidam de crianças das classes D e E pontuam melhor a Atenção Primária pelo EGAPS, o que provavelmente se associa a uma maior dependência deste grupo populacional aos serviços de atenção primária^{4,12,13}. Esse achado diferiu do estudo de Montes Claros¹³, no qual a pontuação do grupo C foi mais alto. Houve pior avaliação tanto do escore essencial como do geral pelas cuidadoras de meninas, fato também apontado por outros trabalhos^{12,13}. Também os que cuidavam de crianças sem irmãos apresentaram proporcionalmente mais escores baixos que os demais tanto para EGAPS como para EEAPS. Tais cuidadoras, pela ausência de outras crianças, possivelmente poderiam concentrar-se mais no cuidado,

apresentando, assim, maior criticidade do que os demais que necessitariam se dividir entre diversos indivíduos. Esse fato foi confirmado por outro estudo¹³.

Os homens cuidadores apresentaram o EGAPS baixo numa proporção menor que as do feminino. É fato conhecido que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde que os homens, o que pode levar a uma avaliação mais criteriosa por parte destas, fato que, mais uma vez, reflete o papel social da mulher. Além disto, os resultados obtidos para o EGAPS, quando indivíduos de classificação socioeconômica DE avaliam melhor a atenção primária que os demais, ressalta a importância atribuída pelos que têm menos acesso e que são os mais atingidos pelas consequências das iniquidades sociais.

O presente estudo buscou a avaliação dos serviços de APS na perspectiva de quem cuida de crianças em fases precoces da vida. Possui, entretanto, limitações. Por ter sido realizado em município de médio porte, situado no Sudeste do Brasil, a generalização dos dados deve ser feita com cautela. Alguns fatores não estudados, como o tempo que as equipes de cada serviço se encontram constituídas, as particularidades da ação de cada profissional de saúde, a maneira como ocorreu sua capacitação também poderiam ter sido considerados. A distância da residência do usuário, a necessidade de algum tipo de transporte para o acesso também acrescentariam informações importantes. Além disto, o fato da cuidadora, sujeito da pesquisa, poder apresentar uma visão de maior criticidade que a dos demais atores sociais, pode trazer à tona a exacerbação dos aspectos negativos da APS. Além disso, instrumentos que propiciem a consideração do papel das classes sociais, das relações de gênero em saúde, podem também enriquecer a discussão e a avaliação dos atributos da APS. Entretanto, este

trabalho fornece informações importantes que trazem novas questões para futuros estudos e pode servir de subsídio para o aprimoramento das ações e políticas públicas do setor. A APS foi mal avaliada. Ela não vem cumprindo o papel esperado neste município, mesmo quando é conduzida pela Estratégia de Saúde da Família, que está atuando sem se inserir no modelo proposto pelo SUS.

A avaliação de serviços de atenção primária é um dos grandes desafios do SUS. Sua efetivação pode trazer importantes benefícios à saúde das crianças de zero a dois anos. Na medida em que se levantam os problemas existentes pode-se buscar um Sistema cujas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde possam ser resolutivas, universais e distribuídas com equidade. A população estudada compreende uma faixa etária vulnerável, que poderá ter, a partir daí, impacto positivo em sua morbimortalidade e a elevação de seu nível de saúde. Entretanto, os desafios trazidos por este tipo de avaliação são grandes. O PCATool infantil é um precioso instrumento para que a situação da atenção primária a menores de dois anos seja conhecida. Mas ele revela situações que para serem enfrentadas e corrigidas demandam recursos e vontade política.

Os resultados, uma vez devolvidos aos serviços de APS, podem contribuir para o seu aprimoramento e ajustes. Além disto, sua discussão com todos os profissionais da rede de saúde, bem como com as instâncias de decisão, no qual se dá a participação da população, pode servir como ferramenta que oriente às políticas municipais e aos avanços no Sistema Local de Saúde. Por se tratar de estudo cuja metodologia é de fácil aplicação, utilizando instrumento de domínio público, pode ser utilizado rotineiramente nas redes municipais de saúde para avaliações periódicas e acompanhamento do desenvolvimento deste setor.

Colaboradores

M Mesquita Filho tratou da concepção e do projeto, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. BSR Luz e CS Araújo participaram da redação do artigo e da aprovação final da versão a ser publicada.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/ IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais*. 2007-2009. [acessado 2013 abr 8]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>

15- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de classificação econômica Brasil*. 2008. [acessado 2013 abr 12]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: MS; 2006.
2. Mendes EV. *As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde e a estratégia de implantação da Saúde em Casa em Minas Gerais: o plano diretor da atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2007.
3. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *RAP – Rio de Janeiro* 2008; 42(2):369-389.
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
5. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):633-641.
6. Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-175.
7. Harzhein E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1649-1659.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil*. Brasília: MS; 2010.
9. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):27-34.
10. Veloso RC, Araújo MRN. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais. *Rev APS* 2009; 12(3):238-243.
11. Albuquerque FJB, Melo CF. Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde em Duas Capitais Nordestinas do Brasil. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2010; 26(2):323-330.
12. Harzhein E. *Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil* [tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
13. 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):323-334.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/ IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais*. 2007-2009. [acessado 2013 abr 8]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de classificação econômica Brasil*. 2008. [acessado 2013 abr 12]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>

16. Oliveira MMC. *Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
18. Gomes VGO. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em pré-escolas. *Texto contexto - enferm* 2006; 15(1):35-42 .
19. Bourdieu P. *Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2002.
20. Confederação Nacional das Indústrias (CNI). *Pesquisa CNI – IBOPE: retratos da sociedade brasileira: saúde pública*. Brasília: CNI; 2012.
21. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33(3):475-482.
22. Caetano R, Dain S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis* 2002; 12(1):11-21.
23. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(3):251-258.
24. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3229-3240
25. 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. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):517-527.
26. Harzhein E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde Porto Alegre* 2004; 18(1):23-39.

Artigo apresentado em 17/07/2013

Aprovado em 31/08/2013

Versão final apresentada em 17/09/2013