

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA POR MEIO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) EM UNIDADES SELECIONADAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CASCAVEL/PR

DALFOVO, Vitoria Thibes¹
GRIEP, Rubens²
CAVALLI, Luciana Osório³

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do PCATool em crianças menores de 5 anos de idade no município de Cascavel/PR. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, tendo como referência o PCATool Brasil - Versão Criança, desenvolvida junto à Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda e a Unidade Saúde da Família Navegantes. Foram contabilizados e tabelados dados referentes a setenta e quatro questionários e encontrados escores altos na maioria dos atributos em ambas as unidades, sendo a unidade rural melhor avaliada. Esses resultados favoráveis são motivadores para continuidade da pesquisa em futuros trabalhos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família. Criança. Primary Care Assessment Tool

EVALUATION OF PRIMARY CARE TO CHILDREN'S HEALTH BY PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) IN SELECTED FAMILY HEALTH UNITS OF CASCAVEL/PR

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the presence and extent of Primary Health Care (PHC) attributes through PCATool in children under 5 years of age in the city of Cascavel/PR. This is an evaluative research, with reference to PCATool Brazil - Child Version, developed together with the Santo Onofre Family Health Unit /Esmeralda Team and the Navegantes Family Health Unit. Based in collected data tabulated from seventy four questionnaires, high scores were found in most attributes in both units, with the rural unit being better evaluated. This favorable results are motivators for the continuity of the research in future works.

KEYWORDS: Family health. Child. Primary Care Assessment Tool.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à saúde (APS), quando bem implementada, faz-se sinônimo de uma organização de saúde equitativa e com qualidade para toda a população. Numerosos estudos desenvolvidos nos mais diversos países revelam resultados otimistas da implementação da APS nos Sistemas de Atenção à Saúde (MENDES, 2012). A APS deve compreender a porta de entrada principal para a criança no sistema de saúde, além de ser também a responsável pelo encaminhamento, quando necessário, a outras escalas de atenção (MENDES, 2012).

¹ Discente do 8º período de Medicina, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG, Cascavel (PR), Brasil. E-mail: vitoria.dalfovo@gmail.com

² Orientador, Docente do curso de Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG, Cascavel (PR), Brasil. E-mail: rgriep@gmail.com

³ Coorientadora, Docente do curso de Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG, Cascavel (PR), Brasil. E-mail: losoriocavalli@yahoo.com

Ainda, vale ressaltar que é de extrema importância que essa porta de entrada esteja sempre aberta e acessível ao usuário, não podendo ser limitada por nenhum tipo de barreira, seja essa física, econômica ou até mesmo de linguagem (STARFIELD, 2002).

O presente estudo se faz oportuno por auxiliar no entendimento a respeito da compreensão dos cuidadores das crianças sobre a PSF, fator de muita relevância na análise do Sistema de Saúde, uma vez que constitui uma oportunidade de se apurar, na prática, a reação da comunidade em relação à oferta do serviço de saúde, além de possibilitar o serviço a se tornar cada vez mais condizente com as expectativas dos usuários (RIBEIRO *et al*, 2010).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo desenvolvido e discutido há muito tempo. Historicamente, o Relatório de Dawson, feito pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, foi considerado o pioneiro na compreensão de Atenção Primária à Saúde como modelo de organização de serviços de saúde de maneira sistêmica, hierarquizada e regionalizada, separados em níveis de complexidade e estabelecidos em territórios previamente definidos (LAVRAS, 2011).

Posteriormente, outro marco histórico se deu no ano de 1978 com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como reunião de Alma-Ata. Nesse momento, colocou-se a importância e a centralidade da APS na organização dos sistemas de saúde por todo o mundo (STARFIELD, 2002). A APS passou a ser a maior responsável pelo primeiro contato do paciente com o serviço de Saúde e foi definida pela OMS como:

Parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2)

No Brasil, a repercussão de todas essas novas definições ganhou força junto a movimentos sanitários e a expressão máxima dessas ideias se deu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que se definiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986), mais tarde incorporados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990.

Na atualidade a APS vem sendo colocada em uso seguindo a definição de Starfield (BRASIL, 2010) a qual a subdivide em atributos essenciais (primários) e derivados: Acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, orientação familiar e competência cultural (SHI, STARFIELD e XU, 2001)

Dentro dos atributos essenciais temos, primeiramente, o acesso ao primeiro contato, que consiste no livre acesso do usuário aos serviços de saúde oferecidos sempre que acreditarem possuir um problema de saúde, indiferente se esse for um novo problema ou mais um evento de alguma patologia já conhecida. Em segundo lugar, a longitudinalidade determina a responsabilidade da APS em ser local de contínua atenção à população independente do problema (STARFIELD, 2002).

Esse acesso cotidiano nos leva à integralidade que compreende as necessidades do indivíduo e os recursos necessários e disponíveis para abordá-las (STARFIELD, 2002). O quarto e último componente essencial é a coordenação do cuidado, responsável pelo perfeito funcionamento dos demais componentes, uma vez que organiza de modo integrado os mais diversos serviços e ações dos diferentes pontos da rede de atenção (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013)

Por fim, os atributos derivados serão compostos pela orientação comunitária que consiste em conhecimento aprofundado da comunidade e suas características epidemiológicas, além da atenção à Saúde centrada na família (orientação familiar) que destaca a necessidade em se analisar o contexto familiar na compreensão das necessidades individuais e a competência cultural para que a equipe assimile a diversidade cultural presente em seu território e dessa forma, com correto uso desses componentes, construa uma relação próxima entre equipe e população (SHI, STARFIELD e XU, 2001)

Todos esses atributos estão dispostos para análise dentro do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), o qual foi criado por Starfield&cols. na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC) com versões para grupos específicos (criança, adulto e profissionais de saúde) (BRASIL, 2010).

Tendo em vista a grande importância do tema na saúde coletiva uma vez que a saúde da criança tem possibilidade de ser a mais reveladora do modelo organizacional por integrar grande quantidade de ações preventivas e de promoção à saúde, (LEÃO e CALDEIRA, 2011) o presente trabalho tem por objetivo avaliar resultados obtidos através do PCAToll – crianças, em usuários menores de 5 anos para melhor compreensão de cada um dos atributos da Atenção Primária à Saúde além das possíveis diferenças relevantes entre contextos específicos (urbano e rural).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, tendo como referência o PCATool Brasil – Versão Criança, desenvolvida junto a Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda e a Unidade Saúde da Família Navegantes, ambas vinculadas à Secretaria de Saúde de Cascavel/PR com autorização de campo de pesquisa previamente concedida pelo Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde de Cascavel-PR.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool foi criado por Starfield&cols. na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC) com versões para grupos específicos (BRASIL, 2010). No presente trabalho, utilizamos do PCATool - Versão Criança. O questionário tem por objetivo mensurar a presença e extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS.

Foram incluídos no estudo usuários vinculados ao grupo específico de crianças menores de cinco anos das Unidades de Saúde da Família. A exclusão no estudo se deu para usuários não vinculados ao grupo especificado, além daqueles vinculados ao grupo especificado, mas sem uso prévio dos serviços prestados na USF.

Todos os usuários entrevistados foram identificados como familiar/cuidador e maior responsável pelo cuidado da saúde das crianças de 0 a 5 anos das USF Santo Onofre/Equipe Esmeralda e USF Navegantes. Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora principal, totalizando 52 usuários na USF Santo Onofre/Equipe Esmeralda e 23 usuários na USF Navegantes.

Um único questionário foi excluído devido à inadequação das respostas obtidas, sendo a maior parte delas consideradas faltantes⁴. O restante dos 74 questionários tiveram seus dados organizados em uma escala *Likert*, as respostas consolidadas em escores que variam de 0 a 10, sendo considerado alto escore quando acima de 6,6.

Os escores de Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade compõem o Escore Essencial. Enquanto os escores para Orientação Familiar e Orientação Comunitária compõem o Escore Derivado. A média de todos os atributos e seus componentes compõe o Escore Geral de APS.

A definição do cálculo amostral foi realizada considerando-se erro de amostra de 5%, nível de confiança de 95% e população mais homogênea (80/20). Os dados dos grupos populacionais específicos foram obtidos por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (2015) e do Sistema de Informações do Pré-Natal e Nascimento (2016) da Secretaria de Saúde de Cascavel/PR.

⁴ Termo esse utilizado aqui como tradução nossa do termo “missing”, relativo a respostas em branco, conforme diretrizes do Manual PCATool.

A tabulação dos dados foi realizada em Microsoft Excel® aplicando-se o cálculo de escores estabelecidos no Manual do PCATool Brasil para a versão criança. Realizou-se a análises dos resultados considerando-se os diferentes atributos da Atenção Primária à Saúde. A avaliação desses foi feita confrontando os achados entre os grupos específicos das duas Unidades de Saúde da Família.

Todos os entrevistados receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, à ausência de riscos ao entrevistado e à garantia de sigilo das informações. Ainda, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Assis Gurgacz, segundo o parecer 1.953.971.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Foram contabilizados e tabelados dados referentes a 74 questionários aplicados em ambas as Unidades de Saúde selecionadas para trabalho em questão, sendo 51 realizados na USF Santo Onofre e 23 na USF Navegantes.

Tabela 1 – Escores médios dos atributos e dos escores Essencial e Geral de atenção primária à saúde na avaliação dos atributos referentes à população responsável por crianças de 0 a 5 anos das unidades de saúde da família do município de Cascavel/PR, 2018.

Atributo/ Escore médio por componente	USF Santo Onofre/ Equipe Esmeralda		UFS Navegantes	
	MÉDIA (<) - (>)	DP	MÉDIA (<) - (>)	DP
Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A)	6,3 (3,3 - 10)	3,7	7,1 (0 - 10)	2,9
Acesso de Primeiro Contato /Utilização (B)	7,5 (1,1 - 10)	2,8	9,5 (6,7 - 10)	1,0
Acesso de Primeiro Contato /Acessibilidade (C)	5,3 (1,1 - 8,9)	2,3	8,3 (6,7 - 10)	0,8
Longitudinalidade (D)	7,0 (4,0 - 9,8)	1,4	8,7 (4,0 - 10)	1,4
Coordenação/ Integração de Cuidados (E)	7,3 (0,7 - 10)	3,5	8,9 (4,7 - 10)	1,9
Coordenação/ Sistema de Informações (F)	8,4 (5,5 - 10)	1,3	8,7 (7,8 - 10)	0,7
Integralidade /Serviços Disponíveis (G)	6,9 (2,2 - 9,2)	1,8	7,8 (4,8 - 10)	1,5
Integralidade /Serviços Prestados (H)	6,2 (2,0 - 10)	3,0	7,7(0 - 10)	3,1
Escore Essencial	6,8 (4,1 - 9,0)	1,3	8,3 (5,8 - 9,5)	0,9
Orientação Familiar (I)	6,9 (1,1 - 10)	2,3	8,3 (3,3 - 10)	2,0
Orientação Comunitária (J)	5,8 (3,3 - 10)	1,9	6,7 (3,3 - 10)	1,7
Escore Geral	6,7 (3,9 - 9,3)	1,2	8,1 (6,1 - 9,3)	0,9

Fonte: Dados da pesquisa.

O Escore Geral de APS estimado pelo PCATool-Brasil resultou em 6,7 (3,9 – 9,3) para a USF Santo Onofre e 8,1 (6,1 – 9,3) para a USF Navegantes, ao mesmo tempo em que o Escore Essencial das mesmas manteve-se ligeiramente mais alto com resultados de 6,8 (4,1 – 9,0) e 8,3 (5,8 – 9,5) respectivamente. Tanto o Escore Geral, quanto o Essencial de ambas às unidades foram considerados alto escore de orientação para a APS.

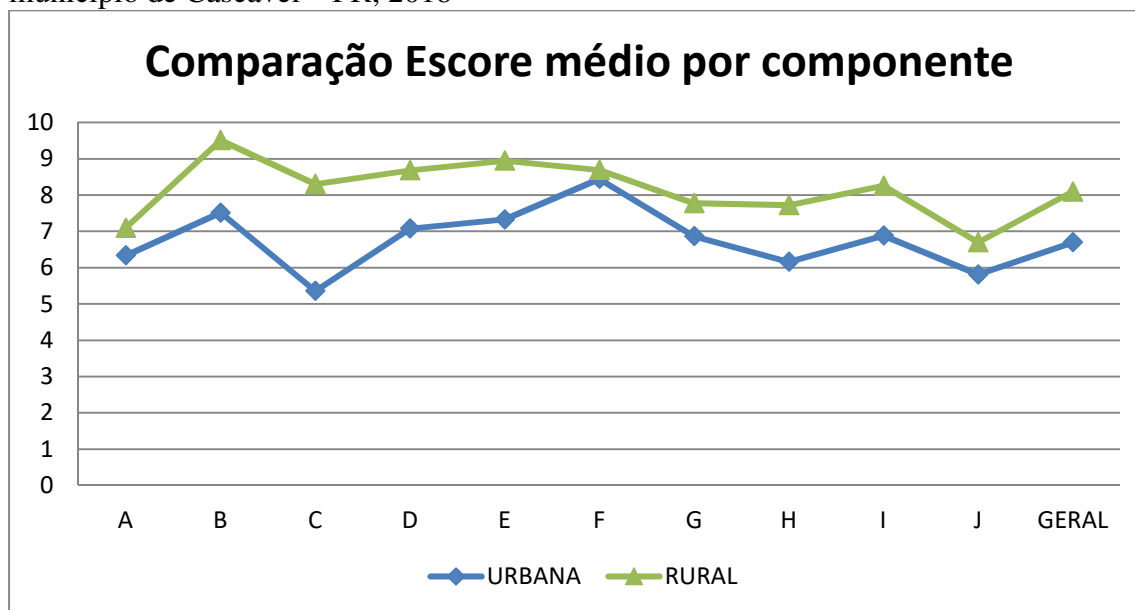
Ao analisarmos mais detalhadamente os resultados dentro dos atributos essenciais, a USF Santo Onofre teve escore mais baixo no terceiro componente – Acesso de primeiro contato/Acessibilidade – com média de 5,3 (1,1 – 8,9). Além desse, os componentes Grau de Afiliação com Serviço de Saúde 6,3 (3,3 - 10) e Integralidade/Serviços Prestados 6,2 (2,0 – 10) também foram classificados com escore baixo. A USF Navegantes teve seu menor escore no primeiro componente - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde, com média de 7,1(0 – 10), sendo esse escore acima do referencial para alto escore assim como todo o restante dos componentes.

Ainda, avaliando os atributos essenciais, a maior nota da USF Santo Onofre teve média de 8,4 (5,5 – 10) no componente de Coordenação/Sistema de Informações e a USF Navegantes teve o Acesso de Primeiro Contato/Utilização como maior escore de 9,5(6,7 – 10). Dentre os atributos derivados, a USF Navegantes teve seu menor escore no componente de Orientação Comunitária com 6,7 (3,3 – 10) enquanto a USF Santo Onofre totalizou média de 5,8 (3,3 – 10) no mesmo o componente de Orientação Familiar teve resultados melhores em abas as unidades.

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÕES

Em geral, os resultados encontrados durante a pesquisa nas unidades de saúde urbana e rural, em Cascavel-PR, mostraram altos índices tanto na unidade urbana quanto na rural. Ainda assim, constatamos que foram maiores os índices na unidade rural em todos os componentes, como podemos observar no gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Comparação dos escores de atenção primária à saúde na avaliação dos atributos referentes à população responsável por crianças de 0 a 5 anos das unidades de saúde da família do município de Cascavel – PR, 2018



Fonte: Dados da Pesquisa.

Destacou-se em uma visão geral que as notas obtidas por atributos tendem a seguir um mesmo desenho em ambas as unidades, o que sugere uma consonância entre as avaliações, guardadas as diferenças entre os escores. Parte dessa semelhança se deve ao fato de ambas as unidades oferecerem a APS através do modelo de saúde da família.

Na análise do primeiro atributo, o grau de afiliação, nos deparamos com um resultado abaixo do esperado para a unidade urbana e, na rural, encontramos um resultado menor do que a maioria dos demais escores. Ambas as unidades obtiveram respostas de afiliação relacionadas a unidades de pronto atendimento (UPA), serviços particulares e no caso específico da unidade Santo Onofre, uso de outras Unidades de Saúde do município.

Barreiras organizacionais no acesso à APS são elencadas como principal fator que leva famílias a iniciarem a procura em serviços não preferenciais, e por esse motivo acabam muitas vezes criando obstáculos na solução dos problemas de saúde da criança uma vez que não há continuidade e responsabilização (SILVA e VIERA, 2014).

Em análise de diversos estudos, não encontramos uniformidade entre resultados. Um estudo desenvolvido na região nordeste de São Paulo obteve nota máxima no grau de afiliação (FURTADO *et al*, 2013), enquanto outros dois estudos desenvolvidos em Minas Gerais apresentaram respectivamente 88% na área rural e 77% em área urbana das respostas positivas quanto à consideração da USF como fonte regular de atenção (MARQUES *et al*, 2014 e LEAO e CALDEIRA, 2011).

Essa filiação por vezes errônea acaba por interferir nos resultados dos próximos itens referentes ao acesso de primeiro contato, podemos constatar que apesar das dificuldades na afiliação, o acesso quando tratado como utilização das unidades apresenta bons resultados em ambas as unidades, como esperado de acordo com outros estudos (COTTA *et al*, 2005), no entanto quando tratamos da acessibilidade podemos perceber significativa queda nos resultados urbanos (de 7,5 na utilização para 5,3 na acessibilidade) e mais discreta redução no rural (de 9,5 na utilização para 8,3 na acessibilidade). O mesmo observou-se em estudo realizado em comunidade rural do município de São Francisco-MG, sendo o acesso de primeiro contato – utilização – avaliado com escore 9,1 e a acessibilidade 4,8 (MARQUES *et al*, 2014).

Essa diferença entre o uso e acesso é relacionada muitas vezes a dificuldades organizacionais, a população relata procurar o atendimento, porém, se decepciona com dificuldades encontradas – na grande maioria das vezes referidas pelos pacientes como falta de consultas suficientes a todos.

Na tabela abaixo, detalhamos cada item para melhor compressão dos motivos que levam à diminuição do escore C quando comparado ao B, ressalta-se que o item acessibilidade é o de maior diferença entre escores das unidades estudadas, sendo o resultado da unidade Santo Onofre considerado baixo. Podemos constatar que a unidade rural por ter seu público alvo reduzido e uma maior disponibilidade de profissionais, proporcionalmente ao tamanho da população adscrita, apresenta melhores resultados em relação ao atendimento e agendamento de consultas.

Tabela 2: Escores acesso primário – acessibilidade – detalhados referentes a população responsável por crianças de 0 a 5 anos das unidades de saúde da família do município de Cascavel/PR, 2018.

Acesso de primeiro contato	Acessibilidade	
	USF Navegantes	USF Santo Onofre
C1 – Atendimento no mesmo dia	9,8	7,2
C2 – Dificuldade para marcar horário	10	6,4
C3 – Facilidade em marcar consulta de rotina	10	6
C4 – Espera mais de 30 minutos para atendimento	3,9	2,5
C5 – Dificuldade em conseguir atendimento quando considera necessário	8,4	4,3
C6 – Aconselhamento por telefone	7,6	5,6
Escore final	8,3	5,3

Fonte: Dados da Pesquisa

No atributo D – longitudinalidade – podemos comparar resultados com a pesquisa feita no município de Diamantina, Minas Gerais, o qual contou com população de análise semelhante e mostrou resultados também altos (RIBEIRO *et al*, 2010). Outros estudos realizados em Ribeirão Preto - SP e Montes Claros – MG também obtiveram escore alto (FURTADO *et al*, 2013 e LEAO; CALDEIRA, 2011). Esses resultados mostram que há, na maioria das vezes, escuta qualificada,

compreensão por ambas as partes a respeito da patologia da criança em questão e bom relacionamento da equipe com paciente.

Quanto à coordenação – atributos E e F – foram encontrados excelentes resultados, sendo o maior da unidade urbana e um dos maiores na unidade rural, resultados semelhantes aos encontrados em Ribeirão Preto (FURTADO *et al*, 2013). Quando avaliados mais detalhadamente temos valores semelhantes quanto ao número de pacientes cujos responsáveis referiram terem sido encaminhados a instituições de saúde de nível secundário, sendo de aproximadamente 25,5% na unidade urbana e 30,4% na rural, o que nos mostra novamente uma equivalência em relação ao estudo desenvolvido por Furtado *et al* (2013).

A integralidade, quanto aos serviços disponíveis apresentou valores acima da média em ambas as unidades de saúde, no entanto, quando analisados os serviços prestados encontramos uma média abaixo do esperado na unidade urbana, diferentemente dos resultados encontrados por Furtado *et al* (2013), e mais próximos aos encontrados por Marques *et al* (2014). Todos esses dados até aqui analisados totalizam o escore Essencial das unidades, ambos considerados altos e dentro do esperado.

Por fim, restam os atributos de orientação (atributos I e J) que quando contabilizados junto ao restante dos dados, totalizam o Escore Geral das unidades de saúde, sendo esses também apontados como alto. A orientação familiar teve bons resultados em ambas as unidades, diferentemente da orientação comunitária, a qual foi abaixo do esperado na unidade urbana e o menor escore da unidade rural; Em uma avaliação mais minuciosa do atributo, percebemos que as notas menores se devem principalmente a ausência de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde e convites para participação de Conselhos Locais de Saúde. O serviço de visitas domiciliares e o conhecimento da equipe quanto aos problemas locais de saúde foram avaliados com notas altas.

Algumas limitações deste estudo devem ser apontadas: houve redução do número inicial em decorrência de dificuldades na realização da pesquisa nas unidades, tanto rural como urbana. Entre elas, podemos elencar aqueles usuários em uso de assistência particular, crianças cujo acompanhamento é feito em ambulatórios especiais, horário usado para pesquisa (período da manhã e tarde) coincidir com horário comercial além da necessidade de se fazer busca ativa para realização dos questionários e assim depender de fatores climáticos e disponibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde em auxiliar na localização dos usuários que preenchem os critérios de inclusão.

Na unidade urbana, mais algumas limitações foram encontradas, entre elas o número maior que o esperado de pacientes em primeira visita à USF cujo conhecimento a respeito da unidade e funcionamento não eram suficientes para responder o mínimo necessário. Outra limitação foi a

restrição da população alvo em uma única equipe da Unidade de Família Santo Onofre. Todas essas considerações não permitiram entrevista com alguns dos usuários encontrados nos territórios das USF.

Como dito anteriormente e durante as discussões, a Unidade de Saúde da Família de Navegantes apresentou resultados melhores do que a Unidade de Saúde Santo Onofre. Essa vantagem se deu principalmente por um maior vínculo populacional na unidade rural, acredita-se que a população adscrita em território rural tem acesso mais facilitado aos serviços da Unidade de Saúde da família, ao mesmo tempo em que possuem maiores dificuldades de acesso a outros locais de atendimento devido ao distanciamento. Também devemos ressaltar que há maior fixação de moradia na zona rural, mais um fator que aumenta o vínculo e grau de afiliação. Por fim, é importante ressaltar a necessidade do aumento nos investimentos em saúde para melhorar a abrangência e funcionalidade do sistema que por muitas vezes não alcança sua plena funcionalidade por barreiras estruturais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática na APS deve buscar a excelência no atendimento, sendo o local onde o cuidado deve ser feito de modo integral para que toda sua potencialidade possa ser utilizada (HARZHEIM e ÁLVAREZ-DARDET, 2007). O programa de saúde da família inserido na APS se mostrou extremamente benéfico para a saúde da criança com tendência de redução nas taxas de mortalidade infantil e melhora na qualidade de vida dessa população (CECCON *et al*, 2014; GOMES, BASTOS e MORAIS, 2015)

Ao analisarmos o questionário elaborado por Starfield vemos claramente a colocação das principais minúcias que norteiam e qualificam o atendimento e acesso ideal a saúde. A avaliação feita neste trabalho foi ampla e buscou um panorama geral da situação atual das unidades de saúde no cuidado da criança. No entanto, ressaltamos a possibilidade de se expandir essa mesma avaliação a critérios mais detalhados e assim ampliar o conhecimento a respeito do primeiro contato do paciente com a saúde pública.

O presente estudo encontrou resultados motivadores para a continuidade da pesquisa sobre a APS, que se mostra uma grande direcionadora para todo o processo do cuidado de qualquer paciente inserido no sistema de Saúde Público Brasileiro. Sendo assim, os dados obtidos se mostram promissores em relação à avaliação da APS da criança por meio do PCA-Tool no

município de Cascavel/PR. Importante frisar, por fim, que ainda que os resultados encontrados sejam positivos, esses não justificam o não acompanhamento contínuo da saúde da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8 Conferência Nacional de Saúde**; Brasília. Brasília; 1986

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool** – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: fev. 2018

CECCON, Roger Flores et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998–2008. **Cad. Saúde Colet.**, 2014, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p. 177-183. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00177.pdf>. Acesso em: jun.2018

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUC-RS, v. 15, n. 4, out./dez, 2005.

FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al. 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. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf. Acesso em: jun.2018

GOMES, Bruno Silva de Moraes, BASTOS, Suzana Quinet de Andrade e MORAIS, Ana Maria de Paula. Impacto do psf na mortalidade infantil nos municípios brasileiros (1993/2012). **Anais do XLIII Encontro Nacional de Economia**, ANPEC, 2015. Disponível em: https://www.anpec.org.br/encontro/2015/submissao/files_I/i12-7a93549bd55b3841c3176ec7b49f6031.pdf. Acesso em jul.2018

HARZHEIM, Erno; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 3, n. 9, p. 60-61, nov. 2007. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/84> Acesso em: mai. 2018.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005 .Acesso em: mai. 2018.

LEAO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4415-4423, Nov. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200014. Acesso em: jun. 2018.

MARQUES, Amaro Sérgio *et al.* Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 365-371, Feb. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200365&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em jun.2018

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília: OPAS; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: jul. 2018

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, p.158-164. Set, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lang=pt. Acesso em: abr. 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata** – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS-JORGE, Maria Letícia. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p. 2316-2322, dez, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2010001200010&script=sci_arttext&tlng=es#. Acesso em: mai. 2018.

SILVA, Rosane Meire Munhak da; VIERA, Cláudia Silveira. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 5, p. 794-802, Oct. 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO/Ministério da Saúde/ Governo Federal. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf .Acesso em abril de 2018. Acesso em: fev. 2018.

SHI, Leiyu, STARFIELD, Barbara.; XU, Jiahong. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf> Acesso em: mai. 2018.