

Rev. Latino-Am. Enfermagem
maio-jun. 2015;23(3):512-9
DOI: 10.1590/0104-1169.0502.2582
www.eerp.usp.br/rlae

Original Article

Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia¹

Juliana Coelho Pina²
Suzana Alves de Moraes³
Maria Cândida de Carvalho Furtado³
Débora Falleiros de Mello³

Objetivo: analisar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. Método: estudo observacional, retrospectivo, com delineamento caso-controle de base hospitalar, desenvolvido em três hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde, situados em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Participaram do estudo 690 crianças menores de cinco anos de idade, sendo 345 casos e 345 controles. Resultados: ambos os grupos apresentaram escores elevados para acesso aos serviços de saúde. Diferentemente, escores elevados para atributos como longitudinalidade e coordenação da atenção se revelaram nos controles. Apesar de escores baixos, integralidade e orientação familiar também foram maiores para os controles. Conclusão: o conhecimento dos aspectos que envolvem os atributos da Atenção Primária à Saúde e sua oferta para os cuidados da criança são de extrema importância, pois possuem potencial para fornecer subsídios aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde.

Descritores: Criança; Pneumonia; Atenção Primária à Saúde.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Abordagem hierarquizada para a identificação de fatores associados à hospitalização por pneumonia, em menores de cinco anos de idade: estudo caso-controle", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2011/12195-5.

² PhD, Enfermeira, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência:

Débora Falleiros de Mello
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: defmello@eerp.usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A pneumonia é uma das doenças de maior prevalência na infância e a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos de idade⁽¹⁾. Em 2012, cerca de 6,6 milhões de mortes ocorreram entre crianças menores de cinco anos; 15% dessas perdas tiveram a pneumonia como causa⁽²⁾.

No Brasil, o grupo de doenças do aparelho respiratório representa a terceira causa de morte e a principal causa de internação para essa faixa de idade, com grande predomínio da pneumonia como causa de morte (65%) e hospitalização (57%) por doenças respiratórias⁽³⁾.

A pneumonia comunitária continua a ser importante causa de morbimortalidade, a despeito do amplo espectro de antibióticos e dos avanços da atenção à saúde⁽⁴⁾. A doença integra um conjunto de problemas de saúde denominado Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), para os quais a efetiva Atenção Primária à Saúde (APS) pode diminuir o risco de complicações⁽⁵⁾. A APS de boa qualidade pode evitar grande parte das complicações da pneumonia, com diminuição das hospitalizações, por meio do acesso aos serviços, da identificação precoce da doença e do tratamento adequado em tempo oportuno. Ainda, com a oferta de ações de prevenção, pode contribuir para a redução da incidência da doença⁽⁶⁾.

Apesar de serem reconhecidas as ações preconizadas para a prevenção e o controle da pneumonia na APS, inexistem estudos que explorem os atributos ou características dessa modalidade de atenção que são essenciais para prevenir as hospitalizações por pneumonia. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a presença e a extensão dos atributos da APS entre crianças hospitalizadas por pneumonia.

Método

O presente estudo foi desenvolvido com dados referentes à pesquisa intitulada "Abordagem hierarquizada para a identificação de fatores associados à hospitalização por pneumonia, em menores de cinco anos de idade: estudo caso-controle". Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, com delineamento caso-controle de base hospitalar, desenvolvido em três hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), situados em um município do Estado de São Paulo, Brasil, polo universitário, industrial e do agronegócio. Em 2012, a população total estimada para o município era de 619.746 habitantes, sendo 6% pertencente à faixa etária de 0 e 5 anos⁽⁷⁾.

Tendo em vista um poder estatístico de 80% e a adoção de nível de significância $\alpha=0,05$, participaram do estudo 690 crianças menores de cinco anos de idade, sendo 345 casos e 345 controles. Foram considerados casos as crianças com diagnóstico de pneumonia comunitária – comprovado por exame radiológico – residentes em um dos 26 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde, do qual o município de estudo é sede, admitidas para internação pelo SUS em um dos hospitais participantes, no período de março de 2012 a agosto de 2013. Para cada caso foi selecionado um controle, no mesmo hospital, de mesmo sexo e faixa etária do caso pareado (≥ 2 e ≤ 6 meses, >6 e ≤ 12 meses, >12 e ≤ 24 meses, >24 e <60 meses). Os controles foram selecionados nos setores de clínica pediátrica, ambulatório pediátrico e pronto atendimento pediátrico de cada hospital.

Os critérios de exclusão foram: tempo de residência no município menor que seis meses, história recente de aspiração de líquido ou corpo estranho e idade menor que dois meses, que requer internação compulsória em caso de pneumonia. Entre os controles, foram excluídas crianças com suspeita ou diagnóstico atual de pneumonia, com algum grau de parentesco com os casos ou que residiam no mesmo domicílio.

Os dados foram coletados por entrevistadores treinados que aplicaram às mães das crianças a versão infantil do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que foi adaptada e validada para o Brasil⁽⁸⁾. Esse instrumento avalia a presença e extensão de quatro atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e de dois atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). O PCATool é composto por respostas em uma escala tipo Likert, que possibilita o cálculo dos escores relativos a cada atributo (média das respostas de seus itens), com intervalos de 1 a 4. Também é possível calcular o escore essencial da APS (média de valores dos componentes dos atributos essenciais) e o escore geral da APS (média de valores dos componentes dos atributos essenciais e derivados). Escores iguais a 4 representam a maior presença e extensão de cada atributo ou conjunto de atributos; consideram-se escores >3 como indicativos de forte presença e extensão do atributo ou conjunto de atributos avaliados⁽⁸⁾.

Para fins de caracterização da população de estudo, também foram coletadas informações sociodemográficas, por meio de questionário pré-codificado, desenvolvido para esta pesquisa.

A análise dos dados foi realizada mediante estatística descritiva e inferencial. Casos e controles são

caracterizados segundo sua distribuição em relação às variáveis sociodemográficas, por meio de frequência absoluta e relativa. Em relação aos escores do PCATool, para as variáveis que não apresentaram distribuição normal, aplicou-se o teste de Mann-Whitney e para a variável escore geral da APS (que apresentou distribuição normal) foi aplicado o teste t de Student.

O estudo original "Abordagem hierarquizada para a identificação de fatores associados à hospitalização por pneumonia, em menores de cinco anos de idade: estudo caso-controle" foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu as recomendações da Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época da apreciação do projeto.

Resultados

As características sociodemográficas da população do estudo são apresentadas na Tabela 1. Sexo e faixa etária, conforme já exposto, são variáveis de emparelhamento de casos e controles. Observa-se maior proporção de controles com renda familiar e escolaridade parental superiores.

Tabela 1 – Caracterização de casos e controles participantes do estudo, segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variáveis	Casos		Controles	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	179	51,88	179	51,88
Feminino	166	48,12	166	48,12
Faixa etária (meses)				
02-05,9	77	22,32	76	22,03
06-11,9	82	23,77	85	24,64
12-23,9	98	28,41	95	27,54
24-59,9	88	25,51	89	25,80
Renda familiar em terços (R\$)				
1º terço (≤400)	133	38,55	109	31,59
2º terço >400 e ≤700	108	31,30	111	32,17
3º terço >700	104	30,14	125	
Escolaridade materna (anos)				
0-4	31	8,99	30	8,70
5-8	133	38,55	115	33,33
≥ 9	181	52,46	200	57,97
Escolaridade paterna (anos)				
0-4	43	14,05	42	13,82
5-8	132	43,14	122	40,13
≥ 9	131	42,81	140	46,05
Estado marital				
Com companheiro	254	73,62	250	72,46
Sem companheiro	91	26,38	95	27,54

Na Tabela 2 são apresentados os escores do PCATool para casos e controles. Escores mais elevados (maiores que 3) foram obtidos, tanto por casos quanto por controles, no atributo acesso de primeiro contato – componente utilização. Escores mais elevados nesse componente do atributo acesso de primeiro contato indicam que, no geral, as mães de todas as crianças entrevistadas tendem a buscar o serviço de APS de referência para consultas de rotina e consultas para novos problemas de saúde, bem como para a realização de encaminhamentos a serviços de saúde especializados. Por outro lado, escores menores que 3 foram obtidos em relação ao componente acessibilidade do atributo acesso de primeiro contato, tanto por casos como por controles, o que indica que o agendamento e o atendimento não agendado no serviço de APS de referência costuma ser difícil, além da espera por atendimento ser geralmente demorada, segundo a percepção geral das mães entrevistadas.

Os controles apresentaram maiores escores que os casos nos atributos longitudinalidade (3,24 *versus* 3,11, $p=0,003$) e coordenação - componente sistema de informações (3,44 *versus* 3,30, $p=0,006$). Apesar dos seus escores se revelarem abaixo do ponto de corte, os atributos integralidade – componente serviços prestados (2,98 *versus* 2,74, $p=0,004$) e orientação familiar (2,51 *versus* 2,36, $p=0,035$) foram maiores nos controles. O mesmo aconteceu para os escores essencial (2,76 *versus* 2,66, $p=0,005$) e geral (2,66 *versus* 2,57, $p=0,015$) da APS.

As diferenças estatisticamente significativas entre casos e controles em relação ao atributo longitudinalidade indicam que as mães dos indivíduos do grupo controle referiram mais frequentemente que a criança é acompanhada ao longo do tempo na APS por um profissional de referência, que possui habilidades comunicativas. O mesmo é aberto à escuta e conhece a história clínica da criança; contudo, não se limita a ela, reconhecendo a criança como pessoa e não como alguém com um problema de saúde. Referem, ainda, mais frequentemente que não mudariam para outro serviço de saúde, mesmo que isso fosse fácil de conseguir.

Maiores escores no atributo coordenação – componente sistemas de informações, sugerem que as equipes de APS utilizam mais documentos, registros ou relatórios durante as consultas dos controles, segundo a percepção das mães.

Para o atributo integralidade – componente serviços prestados, as mães dos sujeitos do grupo controle indicaram mais frequentemente que receberam

orientações relativas à saúde da criança durante as consultas na APS, como alimentação saudável, boa higiene, sono adequado, segurança no lar, mudanças no crescimento e desenvolvimento e maneiras de lidar com o comportamento da criança.

A orientação familiar revelou escores elevados para os controles, o que sinaliza maior conhecimento, por parte dos profissionais da APS, das famílias dos indivíduos do grupo controle e de seus problemas, bem como maior propensão a incluir a família no cuidado da criança.

Tabela 2 – Comparação dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre casos e controles. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Escores	Casos	Controles	p
Acesso de primeiro contato - utilização			0,469*
Média	3,395	3,436	
Mediana	3,670	3,670	
Desvio-padrão	0,664	0,625	
Acesso de primeiro contato - acessibilidade			0,168*
Média	2,517	2,593	
Mediana	2,500	2,670	
Desvio-padrão	0,718	0,695	
Longitudinalidade			0,003*
Média	3,106	3,241	
Mediana	3,270	3,360	
Desvio-padrão	0,643	0,583	
Coordenação – integração de cuidados			0,825*
Média	2,894	3,032	
Mediana	3,170	3,170	
Desviación estándar	0,889	0,645	
Coordenação – sistema de informações			0,006*
Média	3,298	3,441	
Mediana	3,330	3,330	
Desvio-padrão	0,587	0,518	
Integralidade – serviços disponíveis			0,232*
Média	2,851	2,911	
Mediana	2,890	3,000	
Desvio-padrão	0,596	0,624	
Integralidade – serviços prestados			0,004*
Média	2,742	2,979	
Mediana	2,800	3,400	
Desvio-padrão	1,122	1,062	
Orientação familiar			0,035*
Média	2,362	2,515	
Mediana	2,170	2,500	
Desvio-padrão	0,914	0,938	
Orientação comunitária			0,398*
Média	2,614	2,675	
Mediana	2,750	2,750	
Desvio-padrão	1,092	1,117	
Escore essencial da APS			0,005*
Média	2,663	2,764	
Mediana	2,670	2,805	
Desvio-padrão	0,512	0,485	
Escore geral da APS			0,015 †
Média	2,566	2,665	
Mediana	2,550	2,680	
Desvio-padrão	0,540	0,522	

*Teste de Mann-Whitney.

†Teste t de Student.

Discussão

Considerando a saúde da criança no contexto da atenção básica, faz-se importante analisar aspectos que

envolvem ações capazes de contribuir para que crianças sobrevivam e tenham melhor acesso à saúde, como também à qualidade de vida. Nesse sentido, os atributos da APS encontram espaço, sendo reveladas evidências de

que, através de suas dimensões, a APS contribui para o desempenho dos sistemas de saúde⁽⁹⁾. Portanto, entende-se que tanto sua existência (presença) quanto o grau em que ocorre (extensão) possuem potencial para transformar as questões que envolvem a saúde da criança.

O acesso de primeiro contato obteve escore elevado em seu componente utilização em ambos os grupos estudados. Isso implica em reconhecer que tanto o médico quanto o serviço de saúde utilizado pela criança são os primeiros a serem procurados mediante uma necessidade, um dos pressupostos da organização em rede do sistema de saúde, a qual tem a APS como sua integradora e ordenadora⁽¹⁰⁾. Embora os participantes do estudo tenham apresentado esse comportamento de vinculação ao serviço de APS de referência, parece que o serviço nem sempre funciona de modo a atender a demanda que lhe é colocada, pois ambos os grupos de estudo apresentaram escores abaixo do ponto de corte no componente acessibilidade. Limitações relativas ao atendimento da demanda espontânea e à dificuldade para agendamento contribuem para que as crianças não consigam atenção oportuna às suas necessidades de saúde⁽¹¹⁾.

Autores⁽¹²⁾ destacam a importância do acesso como integrador e mediador para que o cuidado ampliado em saúde aconteça. Um estudo⁽¹³⁾ revela que pais que aumentaram a utilização de serviços primários diminuíram a procura por serviços de emergência, o que reforça a importância de conscientizar os pais sobre esse uso para a promoção da saúde de seus filhos, apontando a importância de se buscar informações acerca do grau de adesão dos usuários aos serviços de saúde.

Um dos pontos principais do trabalho dos profissionais da APS é a vigilância em saúde, entendida como o monitoramento das necessidades de saúde da população, as quais devem direcionar o processo de trabalho da equipe multiprofissional da APS. É importante ressaltar que as necessidades de saúde das crianças precisam ser particularizadas e interpretadas com base nas peculiaridades do processo de crescimento e desenvolvimento, bem como nas condições concretas de vida⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, uma das ações importantes de vigilância à saúde da criança consiste no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento⁽¹¹⁾. Tal ação, quando efetivada ao longo do tempo (longitudinalidade), especialmente por meio da consulta de puericultura, permite a detecção precoce de patologias incidentes na infância, viabilizando o tratamento das mesmas em tempo oportuno, com prevenção e redução dos

agravos à saúde^(11,15), podendo aqui considerar também a pneumonia como importante agravo nessa clientela. Além disso, há evidências na literatura de que as crianças com desnutrição são mais susceptíveis a infecções graves como a pneumonia⁽¹⁶⁾. Desse modo, o acompanhamento do crescimento das crianças na APS permite identificar aquelas com déficits de crescimento, que estão em maior risco para contrair a pneumonia, possibilitando o desenvolvimento de ações de prevenção da doença, como o incremento do estado nutricional e o manejo do ambiente intradomiciliar.

O escore elevado para o atributo longitudinalidade indica que as crianças têm o mesmo profissional para acompanhar a sua saúde ao longo do tempo, o que viabiliza não somente o estabelecimento de vínculo⁽¹⁷⁾, mas, também, o reconhecimento dessa criança como sujeito singular, além do conhecimento que o profissional adquire acerca da saúde da criança. Os resultados apontam que, entre os controles, tais escores foram maiores, sugerindo a importância da longitudinalidade do cuidado para a prevenção das hospitalizações de crianças por pneumonia.

A continuidade da atenção, a confiança mútua serviço/usuário e a conexão do usuário com os profissionais de saúde configuram a longitudinalidade. Em outro estudo⁽¹⁸⁾ apontou-se que, apesar dos problemas da APS, uma vez obtido o acesso existem condições para a longitudinalidade do cuidado, sendo que uma avaliação positiva desse atributo indica a fidelização aos serviços. A longitudinalidade adequada pode trazer impactos positivos tanto à saúde infantil quanto à rede de serviços⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A coordenação da atenção foi outro atributo da APS com escores mais elevados entre os sujeitos do grupo controle, revelando a utilização de instrumentos – entre eles documentos, prontuários e relatórios – que permitem o acompanhamento da saúde da criança, como também a integração de cuidados que se apresenta na interlocução entre setores e serviços de saúde, para garantir que a criança seja atendida em todas as suas necessidades⁽¹¹⁾.

A oferta de cuidados ampliados torna-se viável mediante a existência de relações entre setores e serviços de saúde para o direcionamento da atenção diante das reais necessidades da população, a partir de ações articuladas e complementares⁽²⁰⁾, tendo a APS relevante papel no ordenamento do sistema e na coordenação do cuidado⁽¹⁰⁾. Os desafios para manutenção da integração de cuidados estão principalmente ligados à constituição de redes de atenção, que devem otimizar o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde, assegurando

os mecanismos de comunicação que qualificam o cuidado^(10,20).

A criança com pneumonia percorre vários pontos da rede de atenção à saúde. Quando se iniciam os sinais e sintomas, sua família busca atendimento nas unidades de APS (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família). Quando o acesso à APS é dificultado ou insuficiente, a criança é atendida em unidades de pronto atendimento. Em quadros graves ou com potencial para complicações, a criança é ainda encaminhada para os hospitais secundários ou terciários, conforme a necessidade. Após a hospitalização, ela geralmente é acompanhada no ambulatório do hospital por determinado período, após a alta, e encaminhada para seguimento na APS. Entre os serviços utilizados estão ainda aqueles de apoio diagnóstico, como exames de sangue e radiografias de tórax. Ressalta-se a importância dos sistemas de informação para que a coordenação do cuidado da criança com pneumonia possibilite tanto o diagnóstico e o tratamento precoces como a continuidade do cuidado. Os registros de saúde (como prontuários, relatórios, resultados de exames, instrumentos de referência e contrarreferência), quer sejam eletrônicos ou impressos, possibilitam aos profissionais que atendem as crianças com pneumonia conhecer sua história, os fatores de risco e proteção aos quais estão expostas, as doenças de base que podem incrementar a chance de complicações, as condições de saúde, as intervenções e os tratamentos já realizados, evitando abordagens pontuais, direcionadas ao alívio dos sintomas, sem considerar o histórico da criança.

Apesar dos escores dos atributos integralidade e orientação familiar serem considerados abaixo do ponto de corte, maiores valores foram obtidos pelos sujeitos controle.

Em relação ao atributo integralidade, os resultados apontam diferenças entre os dois grupos em relação aos serviços prestados que, conforme já apontado, se referem às orientações que as mães recebem sobre a saúde de seus filhos, durante as consultas no serviço de APS de referência. Esse achado remete à importância do cuidado integral à criança, em toda e qualquer oportunidade que se apresente. A criança deve ser o foco da atenção de todos os profissionais envolvidos no seu cuidado, de modo que todo contato com ela seja uma oportunidade de promover saúde, prevenir doenças e identificar precocemente sinais e sintomas das doenças mais prevalentes na infância⁽¹¹⁾.

Ao tratar do atributo integralidade, é preciso considerá-lo como capaz de permear os modos como

as práticas são organizadas, da fragmentação para o todo. Para tanto, faz-se necessário que os serviços de saúde atuem com postura que viabilize o cuidado ampliado⁽¹²⁾.

Nesse contexto, a ampliação do cuidado à criança, por parte dos profissionais de APS, pode contribuir para a promoção da saúde integral das crianças, reduzindo fatores de risco (como a nutrição inadequada e as condições domiciliares precárias) e potencializando fatores protetores (como o aleitamento materno e a vacinação)⁽²¹⁾, relacionados ao surgimento ou agravamento da pneumonia em crianças.

A orientação familiar dos serviços de APS se revela no conhecimento que o profissional de saúde tem das questões que envolvem a família da criança, como saúde, doença e trabalho. Estudo⁽²²⁾ aponta que o acompanhamento da criança ao longo do tempo, além da visita domiciliar, possibilita a aproximação com as famílias, o que permite conhecer e compreender os determinantes sociais do processo saúde/doença.

As condições socioeconômicas adversas da família, aliadas à baixa escolaridade dos pais, incrementam o risco de ocorrência e gravidade da pneumonia em crianças⁽²³⁾. O grau de escolaridade dos pais está relacionado à melhor compreensão das práticas de cuidados infantis e as características socioeconômicas das famílias contribuem para uma série de condições, como a aglomeração domiciliar e a alimentação inadequada, que operam em conjunto para o surgimento e agravamento da pneumonia nas crianças⁽²⁴⁾.

Considerando-se a atenção à saúde da criança, devem ser fortalecidas as práticas familiares para a promoção da saúde infantil, para a prevenção de agravos e para a identificação precoce de sinais de gravidade das doenças, como a pneumonia⁽¹⁴⁾.

Tanto o escore essencial quanto o geral não obtiveram valores que demonstrassem a forte presença e extensão do conjunto de atributos da APS. Contudo, ambos os escores foram mais elevados no grupo-controle. Depreende-se, desse resultado, a necessidade de os profissionais da APS operarem além da perspectiva do manejo de casos, para a prevenção das hospitalizações por pneumonia, pois o cuidado no contexto desses serviços não deve se restringir aos episódios de doenças. O Sistema Único de Saúde brasileiro toma o conceito de saúde de forma ampliada, entendendo seus usuários como sujeitos integrados à família, ao domicílio e à comunidade, almejando a melhoria da qualidade de vida da população, por meio da atenção integral e humanística⁽²⁵⁾.

É importante ressaltar, como limitação do presente estudo, que a avaliação da APS foi realizada a partir da perspectiva do usuário, sendo necessário confirmar esses achados com a avaliação sob a perspectiva dos profissionais e gestores do SUS. Outra limitação do estudo é a inferência sobre o papel da APS nas hospitalizações de crianças por pneumonia sem considerar os demais fatores envolvidos no fenômeno, durante a análise. Foi observado, por exemplo, que as famílias dos casos possuíam condições econômicas e escolaridade inferiores às famílias dos casos-controle, o que poderia ter contribuído para alguns resultados deste estudo, já que esses fatores estão envolvidos na ocorrência e gravidade da pneumonia infantil. Tais limitações, contudo, não invalidam os achados desta pesquisa. Ao contrário, sinalizam a necessidade de estudos futuros que devem considerar todos os fatores envolvidos na doença e utilizar abordagens metodológicas adequadas ao estudo simultâneo de fatores de risco e proteção para o desfecho.

Conclusão

O presente estudo permitiu identificar forte presença e extensão de atributos relacionados ao cuidado da criança, ao longo do tempo e da coordenação de serviços para atender essa clientela. Entretanto, atributos que representam a disponibilidade de serviços, a oferta de ações em saúde e o envolvimento dos profissionais de saúde com a família dentro de seu contexto de vida foram pouco reconhecidos pelas mães, tanto dos controles quanto dos casos. Ainda assim, tais atributos estiveram presentes, em maior extensão, entre os casos-controle, sinalizando aspectos importantes do cuidado à criança na APS, com vistas à prevenção das hospitalizações por pneumonia.

Uma vez que o cálculo dos escores essencial e geral se dá pela média dos valores dos atributos ora apresentados, é preciso atentar, aqui, para ocorrência de escores baixos em alguns atributos que, por sua vez, levaram a resultados finais pouco satisfatórios, especialmente entre os casos.

Para um olhar mais profundo do que o instrumento PCATool permite verificar sobre o cuidado da criança, há que se considerar, ainda, cada atributo em particular, para que se valorize o que de forte existe dentro dos serviços de saúde voltados para a criança e, ao identificar as fragilidades, que seja possível indicar caminhos para seu aprimoramento.

Os conhecimentos dos aspectos que envolvem os atributos da APS e sua oferta para os cuidados da

criança são de extrema importância, a fim de fornecer subsídios para profissionais e gestores do SUS, em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde.

Referências

1. Grijalva CG. Recognising pneumonia burden through prevention. *Vaccine*. 2009; 27(Suppl 3):6-8.
2. UNICEF (United Nations Children's Fund). The state of the world's children 2014 in numbers. Every child counts. Revealing disparities, advancing children's rights. New York: UNICEF; 2014.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Banco de dados do SUS: Mortalidade geral e específica. 2012. Morbidade hospitalar do SUS. 2013. [acesso 10 jun 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
4. Butt S, Swiatlo E. Treatment of community-acquired pneumonia in an ambulatory setting. *Am J Med*. 2011;124(4):297-300.
5. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária : a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49.
6. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(1):61-71.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Cidades. [acesso 10 jun 2014]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
9. Kringos DS, Boer GW, Hutchinson A, Van Der See J, Groeneweg PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010;10(65):1-13.
10. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-74.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

12. Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Hoeller F, Erdmann AL. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):620-7.
13. Zickafoose JS, Decamp LR, Prosser LA. Association between enhanced access services in Pediatric Primary Care and utilization of Emergency Departments: a national parent survey. *J Pediatrics* 2013;163(5):1389-95.
14. Verissimo MDLOR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 91-120.
15. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. A expressão de autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):426-31.
16. Jackson S, Mathews KH, Pulanić D, Falconer R, Rudan I, Campbell H, et al. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children – a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J*. 2013;54(2):110-21.
17. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):133-41.
18. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2033-46.
19. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(3):323-34.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. World Health Organization. Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP). Geneva: World Health Organization; 2009.
22. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):349-58.
23. Wonodi CB, Knoll MD, Feikin DR, DeLuca NA, Driscoll AJ, Moïsi JC, et al. Evaluation of Risk Factors for Severe Pneumonia in Children: The Pneumonia Etiology Research for Child Health Study. *Clin Infect Dis*. 2012;54(2):124–31.
24. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, Gwatkin D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):1-16.
25. 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*. 2013;21(2):554-61.

Recebido: 31.8.2014

Aceito: 17.12.2014