

Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família

Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy

Londitudinalidad del cuidado al niño en la Estrategia de Salud de la Familia



Elenice Maria Cecchetti Vaz^a
 Rafaella Karolina Bezerra Pedrosa Magalhães^b
 Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso^c
 Altamira Pereira da Silva Reichert^d
 Neusa Collet^d

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>

RESUMO

Objetivo: Avaliar o atributo longitudinalidade no cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família.

Método: Pesquisa quantitativa realizada com 344 cuidadores de crianças menores de 10 anos, cadastrados na estratégia de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2012, a partir do formulário *PCATool-Brasil* versão criança, e analisados por estatística descritiva.

Resultados: Entre os aspectos avaliados, destaca-se que 89,5% dos cuidadores afirmaram ser atendidos pelos mesmos profissionais nas consultas e 81,9% se sentem bem ao conversar com o profissional. O escore médio para o componente longitudinalidade foi satisfatório, com valor 6,6.

Conclusão: As unidades de saúde avaliadas estão orientadas para o atributo da longitudinalidade, entretanto, o escore médio atingido ficou exatamente no valor de corte, implicando a necessidade de um olhar atencioso para o aprimoramento do atributo na atenção à criança menor de dez anos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Criança. Saúde da família.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the longitudinality attribute in childcare provided through the Family Health Strategy.

Method: quantitative survey performed with 344 caregivers of children below 10 years old, registered in the family health strategy of Distrito Sanitario III in João Pessoa, Paraíba. Data were collected from July to December, 2012, from the Brazil *PCATool* child version form and analyzed using descriptive statistics.

Results: among the aspects evaluated, it is highlighted that 89.5% of caregivers said they were consulted by the same professionals, and 81.9% felt good talking to the professional. The average score for the longitudinality component was satisfactory, with a 6.6 value.

Conclusion: the health facilities assessed are guided towards the longitudinality attribute, however, the target mean score was exactly the cutoff value, implying the need for a thoughtful look at the improvement of the attribute in the care of children under ten years.

Keywords: Primary Health Care. Child. Family health.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el atributo longitudinalidad del cuidado a los niños en la Estrategia Salud de la Familia.

Método: investigación cuantitativa con 344 cuidadores de niños menores de 10 años, registradas en la estrategia salud de la familia de la Jurisdicción Sanitaria III de João Pessoa, Paraíba. Los datos fueron recogidos de julio a diciembre 2012, a partir de la herramienta *PCATool* Brasil versión para los niños y analizados mediante estadística descriptiva.

Resultados: entre los aspectos evaluados, se destaca que el 89,5% de los cuidadores dijo que fueron tratados por los mismos profesionales en las consultas y el 81,9% se siente bien en hablar con el profesional. La puntuación promedio para el componente longitudinalidad fue satisfactoria, con valor de 6,6.

Conclusión: las unidades de salud evaluadas están orientadas para el atributo longitudinalidad, sin embargo, la puntuación promedio obtenida fue exactamente el valor de corte, lo que implica la necesidad de una mirada reflexiva a la mejora del atributo en el cuidado de los niños menores de diez años.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Niño. Salud de la familia.

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^b Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^c Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde. Cascavel, Paraná, Brasil.

^d Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), principal política de implementação e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, vem se consolidando como um importante movimento de reorientação do modelo de saúde brasileiro, tornando-se centro ordenador das redes de atenção à saúde⁽¹⁻²⁾.

Essa Estratégia tem sido imprescindível para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de organização dos serviços de saúde, bem como na melhoria da vida dos usuários, considerando o seu contexto biopsicossocial e tratando-os como sujeitos sociais em sua individualidade, complexidade e cultura, abrangendo, dessa forma, a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de saúde⁽³⁾.

A APS incorpora os princípios do SUS e desponta com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico, em um modelo de saúde coletiva, multiprofissional e centrado na família e na comunidade⁽⁴⁻⁵⁾. É considerada de qualidade quando constituída de quatro atributos essenciais, dimensionados em: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e três atributos derivados: centralização familiar, orientação comunitária e competência cultural⁽⁶⁾.

O atributo longitudinalidade, característica central da APS, é entendido como o aporte regular de cuidado pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em uma relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Nesse acompanhamento está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do usuário. O principal meio de realizar cuidado longitudinal é a equipe conhecer o usuário inserido em seu contexto, com suas características biopsicossociais, econômicas e culturais⁽⁶⁾.

Sob a ótica da longitudinalidade, o estabelecimento do vínculo é imprescindível para que haja relação de confiança entre serviço/profissional de saúde e usuário, fazendo com que o mesmo relacione o serviço como referência para prevenção, tratamento e diagnósticos de suas enfermidades⁽⁷⁾.

As características da longitudinalidade são condizentes com que é esperado na ESF, que tem como objetivo prestar assistência à saúde para toda a família e comunidade, suprimindo suas necessidades básicas de atenção à saúde. Nessa perspectiva, os serviços de saúde e as ações desenvolvidas são essenciais para prevenção e promoção à saúde da criança, pois é estratégico, por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população⁽⁸⁾. Estudo⁽⁹⁾ aponta que grandes números de hospitalizações de crianças por causas sensíveis à atenção básica, refletem uma baixa efici-

ência do serviço da atenção primária em relação à oportunidade de atendimento.

Portanto, além da discussão acerca da reorganização dos serviços primários de saúde, necessita-se também avaliá-los, pois os resultados dessas avaliações podem trazer dados importantes que levem ao aumento da qualidade e efetividade dos serviços prestados. Com isso, o desenvolvimento de pesquisas que mensuram a qualidade do atributo da longitudinalidade do cuidado torna-se relevante, pois podem evidenciar o grau de vínculo estabelecido entre profissionais, usuários e serviços na APS. Considerando o exposto, questiona-se: há vínculo longitudinal entre usuário, profissional e serviço de saúde na ESF? Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o atributo da longitudinalidade no cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família.

■ METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, de avaliação do atributo Longitudinalidade no cuidado à criança na ESF. Foi realizado em 53 Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário III (DS-III), o maior da rede de atenção básica do município de João Pessoa – PB, no período de julho a dezembro de 2012⁽¹⁰⁾.

Os sujeitos do estudo foram familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de dez anos cadastradas nas referidas unidades de saúde da família, selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para o atendimento à criança, iniciando a entrevista sempre pelo último da fila até que completasse a cota amostral estabelecida para cada unidade. O cálculo da amostra baseou-se na população de crianças com idades até 9 anos, 11 meses e 29 dias, atendidas num período de seis meses anteriores à etapa de coleta dos dados da pesquisa, perfazendo um total de 21.486 atendimentos. A amostra foi estabelecida por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional do número de crianças atendidas em cada uma das 53 USF, ficando constituída por 344 familiares e/ou cuidadores.

Para a coleta de dados foram aplicados dois instrumentos: um com dados sociodemográficos das famílias e outro denominado *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*-Brasil versão criança. As respostas do instrumento foram do tipo *Likert*, com escore de 1 a 4 para cada elemento que compõe o atributo: com certeza sim (4); provavelmente sim (3); provavelmente não (2); com certeza não (1).

Neste estudo analisou-se o item D do formulário *PCATool* correspondente a 14 questões que abordam o atributo longitudinalidade da APS. Os dados foram digitados com dupla entrada e analisados sob a forma de estatística descritiva, com distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e me-

dianas, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, e inseridos em uma planilha do programa Microsoft Excel 2010. Os resultados foram apresentados em tabelas e comparados com a literatura disponível acerca da temática em questão. O escore final de cada um dos indicadores do instrumento *PCATool-Brasil* versão criança deu-se pela média dos valores das respostas de cada entrevistado.

Para obter o escore essencial do atributo longitudinalidade na APS, foi calculada a média dos itens deste atributo. Para tal, primeiro foi necessário inverter o valor do item D10, de forma que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor seria a orientação para APS. Após a inversão, o escore para este atributo foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. O valor obtido foi transformado em uma escala de 0-10 (escore obtido-1)X10/3⁽¹¹⁾, sendo considerados valores elevados ou satisfatórios os escores $\geq 6,6$ e valores $< 6,6$ foram considerados baixos ou insatisfatórios.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Parecer nº 044/2012-CEP. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

■ RESULTADOS

Dentre os dados sobre as características sociodemográficas das famílias destaca-se a baixa condição socioeconômica, visto que 58,4% das famílias possuíam renda familiar de até um salário mínimo mensal. Entretanto, a metade da amostra (50,58%) apresentou escolaridade acima de 10 anos de estudo. Observou-se que dos 344 cuidadores de crianças, 45,35% das mães, tinham apenas um filho, enquanto 33,43% tinham dois filhos, 13,08% das mães tiveram intervalo entre um parto e outro variando em até dois anos.

Para referenciar os sujeitos do estudo, decidiu-se por utilizar o termo “mães” ao invés de cuidadores de crianças, tendo em vista que a maior parte da amostra foi constituída pelas mães das crianças (80,29%).

No formulário *PCATool-Brasil* versão criança há 14 variáveis que compõem o item sobre o atributo da longitudinalidade. Dentre elas, as que obtiveram melhor resultado quando analisados individualmente (acima de 7.0) e que estão relacionadas à comunicação/relação de diálogo entre profissional e as mães das crianças, foram: atendimento pelo mesmo profissional; profissional entende as perguntas; profissional responde de forma compreensível; profissional dá tempo para escutar os problemas; mãe sente-se a vontade com o profissional; profissional conhece a criança como pessoa; profissional entende perguntas da mãe; profissional conhece a his-

tória clínica da criança; e, profissional conhece os medicamentos que a criança faz uso.

Dentre as variáveis com menor desempenho (menor que 6.0) que abordam a relação do profissional de saúde e família da criança, se encontram: mudar para outro serviço; profissional conhece a família; profissional conhece problemas da família; profissional sabe a ocupação/emprego de familiares; e, profissional saberia dos problemas familiares para obter medicamentos. Neste trabalho, abordamos apenas cinco destas variáveis que apresentaram valores que mais se destacaram.

Na Tabela 1 encontram-se os valores absolutos e percentuais referentes às informações acerca dos itens relacionados ao atributo longitudinalidade, presentes no instrumento *PCATool*. Quando questionadas acerca da regularidade de atendimento da criança pelo mesmo profissional, 89,5% das mães entrevistadas afirmaram que as crianças são atendidas pelos mesmos profissionais nas suas unidades de referência, havendo, portanto, regularidade nesse atendimento. Em contrapartida, 6,4% não são atendidas pelos mesmos profissionais ao procurar o serviço de saúde. Quando questionado se as mães se sentem livres para expor suas preocupações acerca da saúde da criança com o profissional, 81,9% respondeu que se sente à vontade para perguntar. A categoria profissional mais citada pelas mães foi a do profissional enfermeiro, com 52,9% das respostas, seguida de 23,8% citação referente aos médicos. Quando questionadas se o profissional de saúde responde às perguntas das mães de forma compreensível, 83,9% responderam que conseguem compreender as respostas dos profissionais, enquanto 3,2% relataram que o profissional de saúde não se fazia compreender. Os enfermeiros se destacam como os profissionais que mais se fazem compreender (53,1%).

No que concerne à opinião das mães quanto à possibilidade de mudar de unidade/profissional de saúde, caso isso fosse possível, 53,9% das participantes da pesquisa afirmaram que com certeza não mudariam de serviço e/ou profissional de saúde, enquanto que 30,8% gostaria que essa mudança acontecesse. Destaca-se nas respostas que 36,2% das mães não trocariam de enfermeiro. No tocante ao acesso ao medicamento prescrito, 40,4% das mães afirmaram que os profissionais desconhecem as dificuldades para obter os medicamentos e 37,6% referiram que os profissionais de saúde reconhecem se elas têm ou não condições de comprar a medicação. Destes profissionais, 24,8% das mães afirmam que os enfermeiros conhecem as condições para a obtenção dos medicamentos.

O escore médio do atributo longitudinalidade obtido nas unidades de saúde da família de João Pessoa-PB é de 6,6 apresentando-se satisfatório ($\geq 6,6$), sugerindo que a APS encontra-se orientada neste atributo.

Tabela 1 – Frequência absoluta e percentual acerca do atributo longitudinalidade, João Pessoa, Brasil, 2013

Variáveis		Certo que não		Provável não		Provável sim		Certo que sim	
		N	%	N	%	N	%	n	%
Regularidade de atendimento pelo mesmo profissional	Enfermeiro	7	2	3	0,9	3	0,9	192	55,8
	Médico	8	2,3	-	-	2	0,5	102	29,7
	USF	4	1,2	-	-	3	0,9	12	3,4
	Outro	3	0,9	2	0,6	-	-	2	0,6
	Total	22	6,4	5	1,5	8	2,3	308	89,5
Se sente livre para expor preocupações	Enfermeiro	8	2,3	2	0,6	13	3,8	182	52,9
	Médico	17	4,9	4	1,2	10	2,9	82	23,8
	USF	3	0,9	-	-	2	0,6	14	4
	Outro	1	0,3	1	0,3	1	0,3	4	1,2
	Total	29	8,4	7	2,1	26	7,6	282	81,9
Entendimento das respostas	Enfermeiro	2	0,6	5	1,5	15	4,4	183	53,1
	Médico	6	1,7	6	1,7	10	2,9	91	26,5
	USF	3	0,9	2	0,6	2	0,6	12	3,4
	Outro	-	-	2	0,6	2	0,6	03	0,9
	Total	11	3,2	15	4,4	29	8,5	289	83,9
Mudaria de serviço caso fosse possível	Enfermeiro	125	36,2	16	4,8	15	4,3	48	14
	Médico	52	15,1	12	3,5	3	0,9	44	12,7
	USF	7	2	2	0,6	-	-	10	2,9
	Outro	2	0,6	1	0,3	-	-	4	1,2
	Total	186	53,9	31	9,2	18	5,2	106	30,8
Profissional sabe dos problemas em obter medicamentos	Enfermeiro	68	19,8	18	5,2	27	7,8	85	24,8
	Médico	57	16,6	8	2,3	8	2,3	38	11
	USF	10	2,8	4	1,2	1	0,3	4	1,2
	Outro	4	1,2	1	0,3	-	-	2	0,6
	Total	139	40,4	31	9	36	10,4	129	37,6

Fonte: Banco de dados da pesquisa Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde para crianças, João Pessoa, 2013.

■ DISCUSSÃO

A Estratégia Saúde da Família, modelo eleito pelo governo brasileiro para a atenção primária à saúde e acompanhamento qualitativo da saúde da população, tem na longitudinalidade um fator essencial para o sistema de saúde, pois este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e realização de procedimentos de maior complexidade⁽¹³⁾.

Para a criação do vínculo longitudinal, a equipe de saúde deve conhecer o usuário, para que o mesmo possa ter seus

problemas de saúde resolvidos, bem como para prevenção de doenças e promoção da saúde. Os resultados deste estudo indicam regularidade de atendimento pelos profissionais nas unidades de saúde pesquisadas, o que pode favorecer o estabelecimento de vínculo e, com ele, maior possibilidade de um cuidado longitudinal. Os enfermeiros foram apontados como os profissionais da equipe de saúde que mais formam vínculo com os usuários. Estudo⁽¹⁴⁾ salienta que a prática do enfermeiro na ESF tem importância social, em especial no que se refere ao processo saúde-doença da população, e que suas ações são muito importantes para se reestruturar esse modelo assistencial.

O acolhimento do usuário pelo serviço traz aspectos positivos para a relação usuário/profissional/serviço, pois possibilita a tomada de decisão e a disponibilidade de ser ouvido pela equipe de saúde, com orientações e linguagem acessível. Esse acolhimento amplia as possibilidades da participação e autonomia do usuário no tratamento, reconhecendo-se como sujeito do cuidado que lhe é prestado⁽¹⁵⁾. O bom atendimento, baseado na escuta da família da criança, e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo com o serviço de saúde. Dessa forma, otimiza-se o atendimento, pois quando os profissionais conhecem os usuários e as prioridades de cada um, facilitam o acesso⁽¹⁶⁾ de acordo com suas demandas singulares.

Para isso, o profissional deverá utilizar comunicação eficiente, por ser este fator imprescindível para o estabelecimento do vínculo longitudinal. Assim, é necessário desenvolver uma relação de diálogo acessível, para que as mães das crianças compreendam as informações fornecidas durante o encontro com o profissional e se sintam confortáveis para falar sobre suas preocupações, durante o tempo que julgarem necessário.

Esta pesquisa evidencia que a maioria das mães das crianças se sente à vontade para expressar suas preocupações e que entende a forma com que o profissional de saúde responde aos seus questionamentos. Quando os profissionais se comunicam com os pais/responsáveis de forma clara e objetiva, possibilitam o entendimento necessário para o cuidado eficaz da criança, contribuindo para a resolução dos problemas de saúde infantil⁽¹⁷⁾ fortalecendo, dessa forma, o vínculo longitudinal.

Os dados também revelam que os profissionais têm respondido às dúvidas das mães das crianças com linguagem de fácil compreensão, sendo esse aspecto avaliado como satisfatório na atenção à saúde nas ESF em estudo. Nesse sentido, a fim de estabelecer um diálogo produtivo, todo profissional de saúde precisa usar palavras que facilitem o entendimento das mães das crianças, bem como abrir espaços de escuta qualificada para valorizar suas preocupações com a saúde de seus filhos.

Estudo⁽¹⁸⁾ realizado em São Paulo sobre este atributo trouxe escores positivos que indicaram que as mães consideravam que os médicos e enfermeiros entendiam suas perguntas relacionadas à saúde da criança e também que as mesmas entendiam as respostas dos profissionais às suas dúvidas. As mães das crianças informaram que tinham tempo suficiente para manifestar suas preocupações aos membros da equipe de saúde que, por sua vez, conheciam a história clínica de seus filhos, além de tratá-los não como um problema de saúde, mas como um ser humano.

O estabelecimento da relação entre profissional e usuário torna-se positivo quando há segurança e confiança e, para tanto, a longitudinalidade deve ser eficaz⁽⁷⁾. A continui-

dade do cuidado aumenta a satisfação do usuário com o serviço, fazendo-o retornar. Porém, este estudo evidenciou que algumas mães das crianças mudariam de serviço/profissional caso isso fosse possível. A análise isolada desse item pode demonstrar que há fragilidade da ESF quanto à satisfação de algumas famílias de crianças em relação ao serviço. Estudo⁽¹⁹⁾ com objetivo de identificar o itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias, indicou que o atributo longitudinalidade não foi estabelecido de forma eficiente, pois, em muitos casos, ao buscarem atendimento na ESF, os pais das crianças não encontraram o médico da unidade e foram encaminhados para outros serviços de saúde, cujos profissionais desconheciam a história clínica da criança. Com isso, o nível de insatisfação dos pais das crianças em relação ao serviço cresceu.

Para melhor eficácia do serviço prestado na ESF, alguns aspectos referentes à longitudinalidade devem ser revistos com foco no melhor atendimento à saúde da criança. Constatou-se que alguns enfermeiros e médicos desconhecem a dificuldade da família em adquirir um medicamento prescrito. O profissional de saúde deve estar atento às condições financeiras dos usuários e sua possibilidade de acesso aos medicamentos prescritos, pois o cuidado longitudinal prevê que cada equipe adeque suas condutas terapêuticas à realidade das famílias que estão sob sua responsabilidade de cuidado⁽⁷⁾.

A longitudinalidade apresenta benefícios ao sistema de saúde, como reconhecimento das necessidades do usuário; redução de custos e de hospitalizações; melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação dos usuários. Assim, ao longo do tempo é estabelecida confiança entre profissional e usuário, deixando-o mais confortável para expor seus problemas e aceitar as recomendações. Do mesmo modo, quando o profissional conhece o usuário, chega-se mais rapidamente à avaliação do problema. Este aspecto é positivo, já que para a assistência à saúde da criança é preciso maior interação com a família e com a história de vida da criança^(2,20).

Apesar de alguns itens do formulário apresentarem isoladamente valores que trazem uma reflexão para a melhoria do atendimento à criança, como o conhecimento pelos profissionais de saúde acerca do acesso dos usuários para comprar medicamentos prescritos, o escore atribuído à longitudinalidade nas ESF estudadas recebeu o valor 6,6, considerado como satisfatório. Este dado é de suma importância, pois devido à longitudinalidade ser característica central da APS, os resultados revelam potencialidade dos serviços estudados para atingir a resolutividade e a qualidade almejada. Contudo, apesar do atributo mostrar-se satisfatório, o escore médio está no limite de corte (6,6), sugerindo que haja uma maior atenção para a longitudinalidade, pois o seu bom estabelecimento poderá propiciar uma maior efetividade da assistência à saúde da criança.

A resolutividade na ESF está relacionada ao conjunto de ações que promovam a satisfação do usuário, a criação do vínculo e que tenham a qualidade da atenção como fio condutor da organização do processo de trabalho. Essas ações criam meios positivos para que este atributo seja estabelecido com eficiência e perspicácia, condizendo com os pressupostos da APS.

■ CONCLUSÃO

A longitudinalidade está relacionada com a efetividade da APS, e torna-se crucial a avaliação deste atributo em diferentes modelos assistenciais vigentes no Brasil. A pesquisa revela que a longitudinalidade nas unidades estudadas está sendo estabelecida de forma satisfatória para uma APS fortalecida, embora ainda tenha um longo caminho a ser construído, tendo em vista que seu escore se encontra no ponto de corte da avaliação. O cuidado integral à criança requer atenção especial às suas especificidades a fim de garantir uma assistência adequada e de qualidade.

Sabendo que a ESF constitui um espaço propício para a promoção da saúde infantil, o modo de organização do cuidado no que tange à longitudinalidade precisa ser revisado, a fim de oferecer serviços à população com maior qualidade. Contudo, esta pesquisa não se esgota com os presentes resultados, mas oferece subsídios para que os formuladores de políticas públicas em saúde possam repensar a longitudinalidade nos serviços de saúde atuais voltados ao cuidado infantil. Pesquisas precisam avançar acerca dessa problemática incluindo os profissionais de saúde no processo de coleta de dados, pois a percepção destes é fundamental para a qualificação e reorganização dos serviços da Estratégia Saúde da Família.

■ REFERÊNCIAS

1. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011[citado 2013 mar 20];16(1):881-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>
2. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(3):323-34.
3. Silva K, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(2):368-76.

■ Endereço do autor:

Elenice Maria Cecchetti Vaz
Rua Themístocles da Costa Brito, 235/601, Jardim Oceania
58.037-725 João Pessoa – PB
E-mail: elecechetti@ig.com.br

4. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):809-19.
5. 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):238-43.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
7. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):546-53.
8. Ministério da Saúde (BR). Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2013 mar 20];28(3):515-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/12.pdf>
10. Magalhães, RKBPM. Longitudinalidade do cuidado à criança nas unidades de saúde da família [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa (PB): Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2014.
11. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 30-2.
12. Ministério da Saúde (BR). 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] República Federativa do Brasil*. 1996 out. 16;134(201 Seção 1):21082-5.
13. Gervas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):144-51.
14. Schimith MD, Lima MADS. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(2):252-6.
15. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Espaço Saúde*. 2008;9(2):17-25.
16. Lima ADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7.
17. Knoll GF, Pires VL. Enunciação, intersubjetividade e gênero: análise dialógica de tiras de humor. *Desenredo: Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo*. 2012;8(1):218-34.
18. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet]. 2013 [citado 2014 mai 06];21(2):554-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf>
19. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet]. 2012 [citado 2014 jun 25]; 20(3):453-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a05v20n3.pdf>
20. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002 [citado 2014 jun 25];60(3):201-18. Disponível em: http://www.amsa.at/images/Starfield_internacional_perspective.pdf

Recebido: 25.11.2014

Aprovado: 31.08.2015