

Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde

Children's Health in Brazil:
orienting basic network to Primary Health Care

Simone Soares Damasceno¹

Vanessa Medeiros da Nóbrega¹

Simone Elizabeth Duarte Coutinho¹

Altamira Pereira da Silva Reichert¹

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso²

Neusa Collet¹

Abstract *This is an integrative literature review that analyzed the scientific knowledge produced on the orientation of Brazilian basic care services to primary health care focusing on child health. Searches were carried out in SciELO, Lilacs and Medline databases using descriptors “primary health care”, “family health program”, “child health” and “evaluation of health services”. Studies published in Portuguese, English and Spanish between 2000 and 2013 were selected. A total of 32 studies were chosen and characterized in relation to the features of primary health care, region of the country, type of study and authors’ practice area. A thematic review of studies was conducted and resulted in two categories: child care in the context of Brazilian primary health care and primary health care features: limitations to child care. It can be understood that Brazilian primary health care services are heterogeneous regarding the presence and scope of essential child care characteristics. There is a lack of structural and process changes in the services to substantially plan child care actions in basic care.*

Key words *Primary Health Care, Child health, Evaluation of health services*

Resumo *Revisão integrativa da literatura que analisou o conhecimento científico produzido sobre a orientação dos serviços de atenção básica brasileiros à Atenção Primária à Saúde com enfoque na saúde da criança. Foram realizadas buscas nas bases SciELO, Lilacs e Medline utilizando os descritores atenção primária à saúde, programa saúde da família, saúde da criança e avaliação de serviços de saúde. Selecionaram-se estudos publicados entre 2000-2013 em português, inglês e espanhol. Foram eleitos 32 estudos, os quais foram caracterizados quanto aos atributos da atenção primária estudados, região do país, tipo de estudo e área de atuação dos autores. Realizou-se análise temática das pesquisas resultando em duas categorias: atenção à criança no contexto da Atenção Primária à Saúde brasileira e Atributos da Atenção Primária à Saúde: limitações no cuidado à criança. Depreende-se que os serviços de Atenção Primária à Saúde brasileiros são heterogêneos quanto à presença e extensão dos atributos essenciais na atenção à saúde da criança carecendo mudanças estruturais e processuais nos serviços, a fim de melhor planejar as ações de cuidado na atenção básica.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Saúde da criança, Avaliação de serviços de saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária. 58051-900 João Pessoa PB Brasil. simonedamasceno@ymail.com

² Curso de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel PR Brasil.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) na concepção mais abrangente e contemporânea pode ser compreendida como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. A partir deste entendimento a APS desempenha papel singular com potencial de reordenar recursos do sistema de saúde para satisfazer as demandas da população, condição que implica em considerá-la como parte coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹.

Nesse contexto, destacam-se importantes instrumentos normativos, a exemplo da portaria nº 2.488 de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população².

No tocante à saúde da criança, em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria nº 1.130³, a qual sintetiza de maneira clara e objetiva os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. O documento aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, a PNAISC se organiza a partir das redes de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos, na qual a APS configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central desse processo. Dentre os eixos estratégicos destacam-se: aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno³.

A APS, para ser capaz de atender aos eixos estratégicos da PNAISC com melhores resultados, efetividade e maior qualidade, deve estar estruturada com base nos chamados atributos ordenadores, dos quais são denominados essenciais – o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e os derivados – as orientações familiar e comunitária e a competência cultural⁴.

Segundo Starfield⁴, referencial teórico deste estudo, um serviço de atenção básica para ser considerado provedor, isto é, orientado à Atenção Primária à Saúde, deve apresentar os atribu-

tos ordenadores. Ressalta-se que só haverá APS de qualidade quando seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade¹.

Estudos^{5,6} apresentam evidências consistentes para a associação entre maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde. Em consonância a essa realidade e no âmbito da saúde da criança, os serviços orientados à APS seriam capazes de reduzir as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), contribuindo para a redução do índice de internações na área da saúde infantil, fato que ainda não é observado no contexto brasileiro, cujas principais causas de internações pediátricas são devidas a condições sensíveis à APS a exemplo dos problemas respiratórios e gastroenterites⁷.

Diante do exposto e da adoção no Brasil da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção, a qual vem passando por significativa expansão, tendo alcançado, em 2013, a cobertura de 56,2% da população brasileira, com um total de 34.715 equipes implantadas, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde⁸, evidencia-se a necessidade de se analisar, frente à saúde infantil, a orientação dos serviços de atenção básica à atenção primária à saúde. Objetivou-se analisar o conhecimento científico produzido sobre a orientação dos serviços de atenção básica brasileiros à Atenção Primária à Saúde com enfoque na saúde da criança.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio das seguintes etapas: 1- estabelecimento da questão da pesquisa; 2- amostragem ou busca na literatura, momento em que foram fixados os critérios de inclusão e exclusão, as bases de dados e o método de seleção dos estudos; 3- Categorização dos estudos, fase em que as informações foram organizadas para formação do banco de dados; 4- avaliação dos estudos incluídos na revisão, em que se realizou a análise dos dados; 5- interpretação dos resultados; 6- síntese do conhecimento, que contemplou a criação deste documento, descrevendo detalhadamente a revisão⁹.

Portanto, o estudo iniciou-se a partir da construção da seguinte questão de pesquisa: “Qual o conhecimento científico produzido sobre a orientação dos serviços de atenção básica brasileiros à atenção primária à saúde, com enfoque na saúde da criança?”.

A busca na literatura e a seleção dos artigos foi realizada nos meses de abril e maio de 2013, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) utilizando uma combinação de descritores controlados, termos contidos no vocabulário estruturado *Descritores em Ciências da Saúde* (DECs). Os descritores foram: *atenção primária à saúde, programa saúde da família, saúde da criança e avaliação de serviços de saúde*. O termo *saúde da criança* foi cruzado individualmente com cada um dos outros termos, utilizando o formulário avançado para busca e empregando o operador booleano *AND* de forma a garantir a inclusão de todos os artigos relativos à temática.

Foram levantados estudos realizados no Brasil, abordando aspectos relevantes à orientação dos serviços da rede básica à APS com enfoque na criança, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados no período de Janeiro de 2000 a Abril de 2013, cujos artigos completos ou resumos estivessem disponíveis e indexados nas bases de dados citadas acima. Excluíram-se os estudos com foco em outros tipos de atenção, que não a APS, com abordagem no cuidado materno-infantil, e publicações que não eram artigos científicos.

A etapa de busca nas bases de dados foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, os quais fizeram a seleção inicial pelos títulos e resumos obtidos na busca; ao final desse processo, os dois pesquisadores reuniram-se para apresentar seus resultados e resolver os casos de discrepância na seleção de estudos, determinando assim os artigos a serem incluídos na revisão.

Após a leitura e a seleção, os dados foram categorizados diretamente no instrumento adaptado¹⁰ especificamente para esse fim, o qual contemplou título, autores e sua área de atuação, ano de publicação, modalidade e tipo de estudo, objetivos da pesquisa, conclusões, base de dados e descritores utilizados. Após o registro, os dados foram sistematicamente revisados em relação à sua adequação ao tema, isto é, avaliados, e, na etapa seguinte, foram interpretados e discutidos por meio da análise temática¹¹.

A análise temática foi conduzida contemplando três passos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise foi estabelecido o primeiro contato com o material, permitindo a identificação das palavras-chave, em seguida o material foi explorado por meio de recortes das

partes representativas dos artigos incluídos na revisão e, finalmente, os dados foram agregados e interpretados em temas¹¹. A última etapa da revisão consistiu na elaboração deste documento, evidenciando os principais resultados dos artigos analisados.

Resultados

Foram identificados na busca 149 artigos, não duplicados, dos quais 115 não atendiam aos critérios de inclusão, resultando em 34 para primeira análise. Após leitura do texto completo, foram excluídos outros dois estudos, resultando em 32 artigos para compor o corpus de análise desta revisão. O processo completo de obtenção dos artigos foi realizado conforme descrito na Figura 1.

O principal motivo para exclusão dos artigos foi a fuga do tema investigado ($n = 80$), dentre esses foi comum encontrar artigos que abordavam o estudo de alguma doença específica relacionada à infância, estudos relacionados a outros níveis de atenção ($n = 16$), secundário e terciário, sendo o atendimento hospitalar prevalente na maior parte dos casos; além de estudos de outra natureza ($n = 9$), isto é, que não eram artigos científicos, mas manuais do Ministério da Saúde, teses e dissertações; e, em menor número, estiveram os estudos sem resumo disponível ($n = 3$); não realizados no Brasil ($n = 3$); e os de enfoque materno infantil ($n = 4$).

Dos estudos incluídos, conforme mostra o Quadro 1, observou-se predomínio de artigos originais ($n = 31$), dentre os quais se observou relativo equilíbrio entre os de abordagem qualitativa ($n = 16$) e quantitativa ($n = 13$), sendo poucos quanti-qualitativos ($n = 2$). Identificou-se apenas um artigo de reflexão ($n = 1$). A maior parte dos estudos foi publicada no idioma português ($n = 29$), os demais ($n = 3$) em inglês. Artigos de revisão de literatura sobre a temática não foram identificados em nenhuma das bases de dados pesquisadas.

Ressalta-se que, do total de estudos analisados, apenas sete tiveram um ou mais dos atributos essenciais da APS como foco da investigação, enquanto que os demais ($n = 25$) contemplaram pelo menos um deles durante a discussão dos seus resultados e por isso foram eleitos para análise.

Quanto à distribuição dos estudos pelas regiões do país (Quadro 1), foi possível perceber que as regiões Sul e Sudeste apresentaram maior número de pesquisas ($n = 17$), com destaque

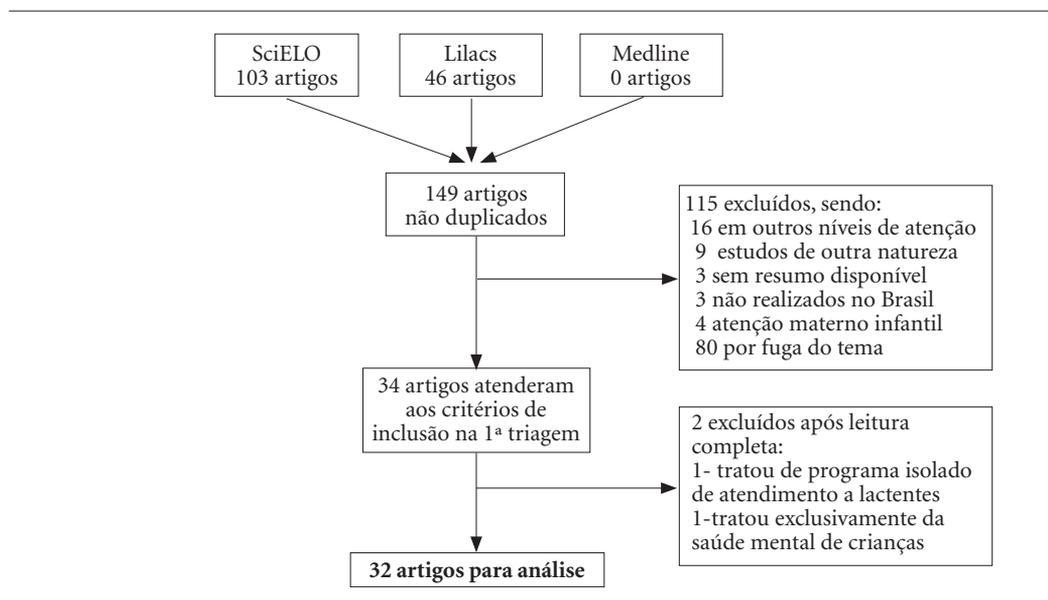


Figura 1. Fluxograma com a descrição das etapas de obtenção dos artigos revisados.

para os estados de São Paulo e Minas Gerais, que apresentaram seis e quatro estudos respectivamente. A região Nordeste surge em seguida ($n = 11$), a maior parte destes realizados no estado de Pernambuco, por fim a região Norte do país, com somente um estudo ($n = 1$) realizado no estado do Pará. Foram identificados estudos em quatro regiões do Brasil, exceto a região Centro Oeste, permitindo apreciação da orientação dos serviços à APS com enfoque na atenção à criança nos diferentes contextos da realidade brasileira.

Por meio da análise temática foram identificadas duas categorias relevantes à compreensão da orientação dos serviços à APS na atenção à criança, uma no contexto da APS brasileira e outra sobre atributos desta, as limitações no cuidado.

Discussão

Atenção à criança no contexto da APS brasileira

No Brasil, a atenção à saúde da criança vem sofrendo transformações com os avanços científicos, a incorporação de tecnologias e a adoção de modelos assistenciais. A introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família – PSF consolidou-se como principal estratégia

para vigilância da saúde infantil, no âmbito da atenção primária, com destaque para a adoção de instrumentos para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização, e atenção às doenças prevalentes na infância¹²⁻¹⁴.

Inegavelmente, reconhecem-se os progressos alcançados à partir da introdução do PSF, como a redução da mortalidade infantil. No entanto, o que ainda prevalece nas consultas de saúde da criança é o atendimento individual, biologicista, pautado na queixa-conduta, incapaz, portanto, de atender integralmente às necessidades de saúde dessa população.

O acompanhamento da criança no contexto da APS, realizado pelo médico e o enfermeiro no sistema de saúde brasileiro, está pautado, muitas vezes, no modelo biomédico. Frequentemente, o profissional de saúde age como detentor do conhecimento, tratando o familiar/cuidador como mero receptor de informações, levando-o a não reconhecer a importância do acompanhamento periódico de suas crianças¹⁵.

Essa forma de atender/cuidar da criança na atenção básica foi denominada na literatura¹⁶ de “cuidado desigual”, tido como um cuidado inadequado, que utiliza somente um saber técnico em detrimento de atitudes de escuta e acolhimento no encontro para a produção do cuidado. As dimensões relacionais, nesse caso, distanciam-se das de cuidado.

Quadro 1. Caracterização dos artigos revisados: base de dados, autores, ano, atributo estudado, tipo de estudo, método, local e área de atuação dos autores.

Base de Dados	Autores	Ano	Atributo estudado	Tipo de Estudo	Método	Local do Estudo	Área de Atuação
SciELO	Hadad et al. ¹⁷	2002	Acesso Integralidade	Original	Qualitativo	MG	Assistente Social Médica
SciELO	Figueiras et al. ¹⁸	2003	Integralidade	Original	Quantitativo	PA	Médica
SciELO	Amaral et al. ¹⁹	2004	Integralidade	Original	Quantitativo	BA CE PB PE	Enfermeiro
SciELO	Kovacs et al. ²⁰	2005	Acesso Integralidade	Original	Quantitativo	PE	Médica
SciELO	Samico et al. ²¹	2005	Acesso Integralidade	Original	Quantitativo	PE	Médica
SciELO	Prado Fujimori ²²	2006	Integralidade	Original	Quantitativo	SP	Enfermeira
SciELO	Roncalli Lima ¹⁴	2006	Acesso Integralidade	Original	Quantitativo	CE SE BA	Odontólogo
SciELO	Saparolli Adam ²³	2007	Integralidade	Original	Quantitativo	SP	Enfermeira
SciELO	Prado et al. ²⁴	2007	Integralidade	Original	Quantitativo	SP	Enfermeira
SciELO	Slomp et al. ²⁵	2007	Integralidade	Original	Qualitativo	PR	Enfermeira
SciELO	Mello et al. ²⁶	2007	Acesso Longitudinalidade	Original	Qualitativo	SP	Enfermeira
SciELO	Amorim et al. ²⁷	2008	Integralidade	Original	Quantitativo	BA CE PB PE	Médica
SciELO	Oliveira Borges ²⁸	2008	Integralidade	Original	Quantitativo	RN	Contadora
SciELO	Tanaka Santo ²⁹	2008	Acesso	Original	Quantitativo	SP	Médico
SciELO	Vasconcelos et al. ³⁰	2009	Acesso Coordenação	Original	Qualitativo	PB	Fisioterapeuta
Lilacs	Erdmann Sousa ¹³	2009	Integralidade	Original	Qualitativa	MA	Enfermeira
SciELO	Silva et al. ³¹	2009	Acesso Integralidade	Original	Qualitativo	RJ	Médica
SciELO	Ribeiro et al. ³²	2010	Integralidade Coordenação	Original	Quantitativo	MG	Enfermeira
SciELO	Saparolli Adam ³³	2010	Integralidade	Original	Quantitativo	SP	Enfermeira
SciELO	Ribeiro et al. ³²	2010	Acesso	Original	Quantitativo	RJ	Médico
Lilacs	Novaczyk Gaíva ³⁴	2010	Integralidade	Original	Qualitativo (análise documental)	-	Enfermeira
Lilacs	Alexandre et al. ³⁵	2010	Integralidade Acesso	Original	Qualitativa	PR	Enfermeira

continua

Quadro 1. continuação

Base de Dados	Autores	Ano	Atributo estudado	Tipo de Estudo	Método	Local do Estudo	Área de Atuação
SciELO	Costa et al. ³⁶	2011	Acesso Integralidade	Original	Quanti-qualitativo	MG	Nutricionista
Lilacs	Monteiro et al. ¹⁵	2011	Integralidade	Original	Qualitativo	RN	Enfermeira
SciELO	Leão et al. ³⁷	2011	Acesso Longitudinalidade Integralidade Coordenação Orientação Familiar e Comunitária	Original	Quantitativo	MG	Enfermeira
SciELO	Sousa et al. ³⁸	2011	Integralidade	Original	Qualitativo	SC	Enfermeira
SciELO	Oliveira et al. ³⁹	2012	Acesso Integralidade Longitudinalidade	Original	Qualitativo	PR	Enfermeira
SciELO	Moraes Cabral ⁴⁰	2012	Acesso Coordenação	Original	Qualitativo	RJ	Enfermeira
SciELO	Sousa Erdmann ¹⁶	2012	Integralidade Acesso Longitudinalidade	Original	Qualitativo	MA	Enfermeira
SciELO	Mello et al. ¹²	2012	Longitudinalidade	Reflexão	-	-	Enfermeira
SciELO	Machado et al. ⁴¹	2012	Acesso Integralidade	Original	Quantitativo	CE	Enfermeira
Lilacs	Gaíva et al. ⁴²	2012	Integralidade	Original	Qualitativo (análise documental)	-	Enfermeira

Outro estudo¹³ utiliza o termo “escuta surda” para descrever práticas que ouvem sem escutar, que pouco conseguem captar das singularidades que permeiam o humano. Trata-se de uma escuta simplificada reduzida a uma técnica de coletar dados e revela-se presente nas relações entre profissional, mãe e criança na APS. Argumenta-se ainda que a lógica do modelo biomédico conduz a atenção para o biológico, para a queixa, para a doença, excluindo a escuta autêntica, o diálogo, a palavra.

Outras pesquisas^{12,35} corroboram essa argumentação ao detectarem que durante a puericultura, o controle e o monitoramento de agravos e a busca por patamares ideais de saúde ficam distantes do cotidiano dos sujeitos envolvidos. Desse modo, há prevalência de uma noção res-

trita de cuidado (“cuidado desigual”), centrado nas práticas curativas, sanitárias e de vigilância, ou seja, práticas fragmentadas, sem a articulação necessária para qualificar o cuidado.

Como consequência dessa forma de atender à criança tem-se a fragilidade no estabelecimento do vínculo entre os envolvidos no cuidado. Estudo⁴¹ verificou que do total de mães entrevistadas, somente 57,7% conheciam o nome do médico que realizou a última consulta de sua criança, distanciando-se do ideal que seria todas as mães saberem o nome do profissional que prestou atendimento a seu filho, pois o nome é um dos elementos essenciais em uma relação dialógica. O mesmo estudo mostrou, ainda, a associação entre o componente satisfação das mães atendidas, com o fato de o profissional ter tratado ela e

a criança pelo nome, o que está intrinsecamente relacionado à dimensão da subjetividade do ser humano.

Contudo, Ribeiro et al.³² mostraram uma vinculação positiva dos usuários aos serviços, pois a maioria dos sujeitos entrevistados, responsáveis pela criança, conhecia o nome do médico que realizou a última consulta, os motivos da consulta e suas implicações. Essas divergências nos achados, porém, podem estar relacionadas tanto à diversidade nos modos de organização do processo de trabalho, vínculos estabelecidos e infraestrutura disponível, quanto às diferenças culturais existentes nas distintas regiões do país. O estudo⁴¹ que mostrou déficit na vinculação dos usuários foi realizado na região nordeste, já o que mostra a vinculação satisfatória apresenta a realidade do sudeste brasileiro³².

No tocante às regiões do país em que os estudos foram desenvolvidos, observou-se predomínio de pesquisas nas regiões Sul e Sudeste, seguidos da Nordeste. Estudo recente⁸ mostrou que o Nordeste é a região do país com a maior cobertura da ESF, 64,7%, seguida do Sul 56,2%, o que certamente relaciona-se e repercute na produção de conhecimento relativo aos serviços de APS.

Outra problemática descrita por alguns estudos^{34,35,41} foi relativa à organização dos serviços de APS, ao processo de trabalho e à infraestrutura das unidades, consideradas pontos frágeis para orientação dos serviços da rede básica à APS em quase todos os estudos. Apenas um estudo³³, realizado na região sudeste, divergiu quanto a esse resultado, apontando estrutura e capacitação profissional satisfatórias, atendendo aos critérios normativos adotados.

Em relação à organização, observou-se a falta de cobertura de algumas áreas pela ESF, o que deixou alguns territórios sem o aporte assistencial e o acompanhamento adequado das crianças que ali residiam, limitando as ações de saúde na resposta às necessidades das famílias para promoção do desenvolvimento infantil. Além disso, verifica-se a necessidade de capacitação dos profissionais e a dificuldade em realizar referência e contrarreferência para outros serviços, o que compromete a resolutividade do atendimento à criança^{21,35,40}.

Depreende-se que o processo de trabalho na APS enfrenta entraves no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, no cenário de produção do cuidado, especificamente quanto ao aporte financeiro adequado. Além destes, encontram-se questões de aspecto relacional trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador e não uso de novas

tecnologias em saúde, como o acolhimento, fatores que dificultam a ruptura com o modelo hegemônico centrado na doença e no atendimento médico^{22,34}.

Quanto à infraestrutura das unidades de saúde da família, percebeu-se a inadequação do espaço físico, com caráter de improvisação. Unidades de saúde funcionando em residências adaptadas, problemas de iluminação, salas escuras, sem janelas e com ventilação comprometida, mais evidenciado nos estudos realizados na região nordeste, os quais revelam a falta de coerência entre a estrutura física existente e o modelo proposto na ESF^{30,36,38,41}.

Os profissionais também reclamam melhores condições de trabalho para atender à criança, como disponibilidade de materiais, equipamentos e/ou instrumentos fundamentais. A maioria das unidades dispõe apenas de um kit básico (balança, fita métrica, régua, termômetro), e carecem de ambiente adequado, mesa para o exame de crianças, brinquedos, materiais de consumo e medicamentos, demonstrando que a ausência dessas condições aumenta o número de encaminhamentos de crianças para os serviços secundários³⁸, além de gerar descrédito nos familiares quanto à resolutividade do serviço de APS.

As inadequações da atenção à criança em nível primário foram identificadas nas políticas nacionais voltadas à infância^{34,42}. Embora a perspectiva da integralidade esteja presente, há contradições, uma vez que permanecem características do modelo médico-hegemônico, desencadeando limitações nas proposições. Apesar de conterem os princípios centrais da atenção básica, as políticas ainda não têm a família como foco da atenção, predominando ações curativas. Tal fato pode ser visto como incoerência em relação à proposta de mudança de modelo pretendido para a atenção básica³⁴.

Não obstante, estudos^{19,27,33} mostraram que os serviços de APS cujos profissionais haviam sido treinados na estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), prestavam assistência à criança significativamente melhor, quando comparados com aqueles sem treinamento em AIDPI, concluindo que a estratégia produz um impacto positivo sobre os desfechos da saúde infantil.

Autores²⁵ recomendam que os profissionais da saúde da família repensem suas práticas para atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e recebam capacitação para atender à criança na APS^{18,35}, a exemplo da capacitação em AIDPI que tem se mostrado capaz de quali-

ficar o atendimento à criança na atenção primária^{19,27}.

Diante das limitações estruturais, organizacionais e profissionais os pais das crianças procuram outros meios para ter as necessidades dos seus filhos resolvidas, preferencialmente, o atendimento hospitalar nos serviços de urgência²⁰. Evidencia-se, portanto, que a ESF não tem conseguido resolver todos os problemas de saúde da criança, e a articulação das ações entre a atenção básica, a média e a alta complexidade praticamente não acontece ou acontece de modo informal, gerando descrédito no sistema de cuidados em saúde e contrapondo-se aos atributos da APS³⁸.

Estudos comparativos entre diferentes tipos de serviço ou realizados no contexto da ESF^{21,36,37} destacaram que esse modelo de atenção tem se mostrado mais orientado à APS na atenção à saúde da criança do que outros, mas que necessita de mudanças profundas desde a infraestrutura^{38,41} dos serviços até a capacitação dos profissionais^{17,18}. Dentre as mudanças sugeridas, encontra-se a construção de um paradigma que corresponda à reorientação do modelo de assistência, no qual a criança seja vista em seu contexto biopsicossocial e familiar.

Essa direcionalidade na organização do serviço e do processo de trabalho implica no fortalecimento de tecnologias relacionais pautadas pelo conjunto de saberes e instrumentos que expressam as relações interpessoais e as intersubjetividades na produção de cuidado em saúde, incluindo humanização, acolhimento, vínculo, responsabilização e trabalho em equipe³⁴. Estudo²⁹ mostrou que o acolhimento demonstrado pelos profissionais interfere na avaliação dos usuários acerca da qualidade do atendimento.

Mesmo reconhecendo diferentes graus de acesso e vinculação aos serviços de APS, o atendimento à criança no contexto desses serviços no Brasil mostrou-se similar no que diz respeito aos cuidados e à dimensão relacional que se estabelece entre o profissional de saúde, a família e a criança. Reclama-se a existência do atendimento resolutivo e que valorize a escuta e o diálogo, permitindo a construção de laços de confiança e o estabelecimento do vínculo entre os envolvidos no cuidado (profissional, família e criança).

Atributos da APS: limitações no cuidado à criança

O compromisso de um serviço de saúde com o acesso de primeiro contato, longitudinalidade,

integralidade e coordenação da atenção o definem como orientado à APS ao mesmo tempo em que asseguram maior efetividade da atenção oferecida³⁷.

Dentre os estudos analisados, somente sete^{20,22,24,26,37,38,41} tiveram como foco a investigação de um ou mais atributos relacionados ao atendimento da criança, o que revela a necessidade de novas pesquisas sobre a presença e a extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde.

A presença do atributo acesso de primeiro contato nos serviços de APS pode ser mensurada levando em consideração aspectos relacionados à localização geográfica dos serviços e seu uso regular ao longo do tempo. Estudo⁴³ mostrou que as condições de acesso dos usuários (pais de crianças) a USF são boas, sugerindo que a proximidade dos serviços aos locais de moradia e seu uso regular tem impacto positivo na frequência de utilização do mesmo.

Outro estudo²¹, no entanto, revelou uma realidade distinta, pois os usuários demonstraram dificuldades no acesso em decorrência de fatores ligados à organização dos serviços como a grande demanda, o sistema de marcação de fichas para consultas de rotina, o não funcionamento das unidades nas 24 horas e durante todos os dias da semana, além de aspectos relacionados aos profissionais, como ausências no trabalho e dificuldades no atendimento ao grupo infantil.

Essas divergências entre os achados podem ser justificadas pelos diferentes graus de implantação da ESF nas distintas regiões do país, já que o primeiro estudo⁴³ foi realizado na região Sudeste, e o segundo²¹ no Nordeste. Ambos^{21,43}, porém, apontam que a visita domiciliar representa um facilitador do acesso aos serviços e de adesão à ESF. Ressalta-se que outros estudos desta revisão^{22,24,39} ratificam as dificuldades de acesso descritas.

Cabe destacar as contribuições de outro estudo²⁰ realizado no Nordeste, o qual constatou que o principal motivo de os pais levarem suas crianças diretamente para um atendimento secundário e/ou terciário seria a dificuldade no acesso dos serviços de atenção primária, resultantes do responsável não querer ou não poder aguardar o intervalo de tempo entre o agendamento e a consulta, ou esperar na fila e não conseguir ficha para atendimento no mesmo dia. Porém, o fator mais relevante evidenciado por esse estudo foi a preferência dos pais ou responsáveis pelas unidades de maior densidade tecnológica devido à confiança nos profissionais, expectativas sobre qualidade da assistência, experiência pessoal e/ou da rede social e satisfação com o atendimento.

Esse contexto descaracteriza a APS enquanto acesso de primeiro contato para o SUS, pois como revelou pesquisa³¹, a ESF só está conseguindo ser porta de entrada para a unidade e não para o SUS, afastando-se cada vez mais da integralidade e coordenação da atenção. Dessa forma, o acesso universal a serviços resolutivos e eficazes parece não estar configurado ainda nas Unidades de Saúde da Família³⁸.

A longitudinalidade do cuidado foi objeto de estudo de um artigo de reflexão¹² que mostrou ser possível a construção desse atributo a partir da garantia de uma fonte contínua de atenção, sua utilização ao longo do tempo e a continuidade das ações com as famílias. O seguimento da criança na APS é considerado como uma tecnologia de cuidado em saúde que remete a uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para a produção de cuidados²⁶.

Análise documental³⁴ das políticas estratégicas voltadas à infância evidenciou a existência de interdependência entre longitudinalidade do cuidado, vínculo e responsabilização, aspectos que fundamentam a atenção básica. Para desenvolvê-los é necessário que os sujeitos envolvidos no processo terapêutico apresentem confiança, ética e respeito, denotando o compromisso destes com o processo saúde doença, ou seja, a longitudinalidade depende também do aspecto relacional.

A presença da longitudinalidade efetiva é um fator essencial para o sistema de saúde, pois esse atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de reduzir encaminhamentos desnecessários para especialistas. Em saúde da criança é preciso maior interação com a família e com a história de vida da criança, para adequada efetivação desse atributo³⁷.

Estudo realizado na região oeste do Paraná³⁹ mostrou a ausência dos atributos acesso de primeiro contato e longitudinalidade em contexto que culminou com a hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção ambulatorial, confirmando a pertinência da avaliação dos atributos da atenção básica como indicadores da efetividade do sistema de saúde.

Proporcionar a longitudinalidade na atenção à criança implica, necessariamente, em repensar as relações, as ações e os compromissos para o alcance da adesão ao acompanhamento da saúde, respeitando, sobretudo, os valores das mães e famílias²⁶.

A integralidade da atenção à saúde da criança foi o atributo mais explorado nos estudos analisados, sendo alvo de investigação específica de três^{22,24,38}, além de aparecer na discussão de outros.

Foram identificadas três principais dimensões e sentidos utilizados para esse atributo: *integralidade como direito* que as crianças têm de serem atendidas adequadamente no conjunto de suas necessidades e no dever do Estado de oferecer serviços de saúde organizados para atender a essas necessidades³⁴; *integralidade como princípio* organizador das práticas de saúde, objetivando não fomentar a dissociação saúde/doença, doente/doença e criança/família, em que o conhecimento e os saberes que sustentam a competência técnica estejam aliados à dimensão cuidadora e apoiada por valores humanos e éticos¹³; *integralidade como atitude*, um modo de ser que não se realiza fora do contexto multidimensional da criança, da família, do processo de crescer, desenvolver e adoecer e das subjetividades³⁸.

Na atenção básica à saúde, a integralidade foi descrita como trabalho articulado e interativo entre equipe, família e comunidade³⁸, portanto, um alvo difícil de ser atingido no modelo assistencial ainda vigente. Não obstante essa realidade, estudo²² mostrou que no contexto da ESF comparativamente às unidades básicas tradicionais, ocorre maior integração entre os profissionais, acompanhamento sistemático da criança, promovendo a continuidade da assistência e, portanto, criando condições favoráveis à integralidade do cuidado.

Apesar disso, são reconhecidas condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica, compreendidas a partir de estruturas políticas, institucionais, físicas e gerenciais, com destaque à insuficiência de recursos na APS, à falta de insumos, em especial, de medicamentos, assim como os aspectos relativos à inadequação na estrutura física das unidades, bem como características profissionais e pessoais dos trabalhadores de saúde, incluindo o perfil, o processo de trabalho e os valores que estes escolhem para desenvolver as práticas de cuidado³⁸.

Na atenção básica, traçar caminhos para a integralidade implica enfrentar dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe, devido à baixa interação entre os trabalhadores, e em decorrência da dificuldade em delinear o trabalho na ausência do encontro entre os profissionais e destes com as crianças e suas famílias. Esses aspectos funcionam como barreiras para a construção de novas formas de produzir o cuidado na perspectiva da integralidade e fazem esse atributo estar mais presente no campo das ideias do que nas práticas de atendimento. Nestas, pouco se conseguiu avançar em sua direção^{24,38}.

Assim, há consenso entre os estudos de que a assistência integral à saúde da criança na atenção

básica ainda é um processo em construção, situado em uma prática que busca a mudança do modelo assistencial, ainda centrado na doença^{24,25,34,38}.

A coordenação como atributo da APS diz respeito à capacidade de integração com a rede do sistema de saúde³⁰. Esse atributo mostrou-se comprometido na visão dos próprios profissionais ao atenderem a criança em nível primário, o que se reflete em dificuldades de encaminhamento para outros serviços, inclusive entre as unidades e os demais níveis de atenção, prejudicando o planejamento das práticas de atenção à saúde da criança³⁵.

Pesquisa realizada na Paraíba³⁰ aponta a coordenação como um dos grandes desafios para os profissionais da ESF, pois pressupõe a organização de um sistema de referência e contrarreferência, com fluxos e percursos definidos, organizado de acordo com a demanda populacional, o que ainda não se observa efetivamente no atual sistema de saúde.

A coordenação da atenção à saúde foi o atributo menos citado nos artigos incluídos nesta revisão. As considerações a seu respeito foram feitas de forma mais pontual, o que pode ser justificado a partir da compreensão de que esse atributo depende dos demais, isto é, ele se refere a um estado harmônico entre o acesso, a longitudinalidade e a integralidade da atenção. Portanto, a sua escassez reflete um desequilíbrio na oferta dos outros atributos essenciais.

Quanto aos atributos derivados, a orientação familiar considera o contexto familiar como potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar; e a orientação comunitária diz respeito ao reconhecimento das necessidades da comunidade, por parte do serviço de saúde³⁷.

Não foram identificados estudos destinados exclusivamente à investigação dos atributos derivados, estes apareceram apenas em um que avaliou todos os da APS³⁷. Neste observou-se escores insatisfatórios para a orientação familiar, o que causa estranheza, uma vez que a assistência à saúde infantil na APS pressupõe maior interação com a família. Já a orientação comunitária foi mais bem avaliada pelos cuidadores de crianças, revelando a valorização do contexto comunitário, especificamente para os serviços de ESF, relacionada a ações como a visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde, facilitando a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade.

Ao refletir sobre a caracterização dos estudos analisados por esta revisão, percebeu-se que

o atributo alvo de maior número de estudos foi a integralidade da atenção, seguido do acesso, longitudinalidade e coordenação. Quanto aos atributos derivados, orientação familiar e comunitária, nenhum estudo destinou-se a sua investigação como foco.

Quanto à área de atuação dos pesquisadores, há predomínio de profissionais enfermeiros, com destaque para os autores de vinte estudos analisados por esta revisão, seguidos por médicos. Assistente social, odontólogo, nutricionista e fisioterapeuta figuram como autores de um estudo cada um. Esse achado reflete que as pesquisas sobre APS voltadas à criança tem sido alvo, quase que exclusivamente, das profissões que historicamente têm relação técnica com a atenção à saúde.

Criar condições para ofertar adequadamente os atributos da APS implica em reformulações de condições de estrutura e processo dos serviços. Os estudos propõem mudanças na infraestrutura e organização dos serviços³³ bem como no processo de trabalho da atenção básica para melhor atender à criança, refletindo inclusive sobre a distribuição das horas de trabalho e o número dos profissionais para mobilizar e absorver a demanda^{22,35,38}.

Dentre os estudos analisados, apenas dois^{32,37} utilizaram em sua coleta de dados o instrumento denominado *Primary Care Assessment Tool - PCA-Tool Brasil* na sua versão criança, o qual já está validado no Brasil para aferição da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, permitindo assim a avaliação do grau de orientação do serviço à APS a partir da experiência dos usuários em relação às unidades de saúde brasileiras.

Esse dado é indicativo da necessidade de realização de estudos avaliativos da atenção primária em saúde da criança, capazes de mensurar esses atributos nos diferentes contextos que compõem a realidade dos serviços de saúde no Brasil.

Faz-se necessário melhor estruturar a rede de serviços de saúde, adequando a oferta à demanda, a efetividade clínica à efetividade das relações interpessoais²¹. Assim, criam-se condições não somente para o acesso, mas especialmente para o atendimento integral e resolutivo, garantindo a continuidade da atenção em toda rede, de forma coordenada.

Conclusão

A análise dos estudos incluídos nesta revisão integrativa explícita que os serviços de atenção básica brasileiros são heterogêneos quanto à presença e

extensão dos atributos da APS na atenção à saúde da criança, determinando a baixa orientação desses serviços à APS. Vale salientar que foram selecionados estudos de um recorte temporal de 10 anos e, durante esse período, diferentes contextos de políticas públicas de saúde foram refletidos na atenção à criança, o que determinou mudanças na estrutura e organização dos serviços de saúde, os quais permanecem em evolução constante.

Ademais, é pertinente considerar a coexistência de diferentes modelos de atenção primária no país, crescente número de unidades da Estratégia de Saúde da Família, unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ainda Unidades de Saúde do modelo tradicional (unidade tradicional), as quais possuem diferentes processos de trabalho em saúde, determinando formas distintas de produção do cuidado à criança.

Entretanto, percebeu-se que a ampliação da oferta de atenção básica por meio da ESF tem favorecido o acesso, mas ainda sem garantia da integralidade. Além disso, a ampliação no acesso foi mais percebida nos estudos realizados nas regiões Sul e Sudeste, revelando que há disparidades regionais na oferta dos serviços. Conclui-se que a integralidade da atenção à criança é um processo em construção na APS brasileira, a qual tem encontrado terreno mais fértil nos serviços da ESF. Entretanto, trata-se de um modelo que ainda precisa de mudanças significativas na estrutura do serviço e no perfil dos profissionais para sua efetividade.

Quanto ao atributo acesso de primeiro contato, observou-se que embora seja perceptível a expansão de cobertura da rede básica de saúde no país, os serviços não têm alcançado a resolu-

tividade necessária a um serviço de APS, o que descaracteriza a atenção básica como porta de entrada do sistema, já que diante da pouca resolutividade, o usuário, familiar da criança, tende a direcionar-se primeiro aos serviços de média e alta complexidade, gerando descrença na APS como coordenadora da rede de atenção à saúde.

A longitudinalidade e a coordenação da atenção, atributos essenciais da APS, foram pouco explorados na produção científica acerca do tema. A sua presença reflete uma rede de saúde melhor estruturada, assim evidencia-se a necessidade de estudos voltados à pesquisa desses atributos em saúde da criança, visto que são indispensáveis à compreensão da orientação de um serviço à APS.

Os atributos orientação familiar e comunitária refletem maior interação da equipe de saúde com a família e a comunidade. O único estudo que considerou esses atributos mostrou que a orientação à família ainda não alcançou patamar desejado, mesmo no contexto da ESF. Essa realidade faz refletir sobre a forma de se estruturar a atenção à criança na APS, visto que a interação e a articulação com o contexto familiar é indispensável ao cuidado integral da infância.

Esta revisão mostra que os estudos realizados no Brasil apontam caminhos para melhor organizar o cuidado à criança na atenção básica, isto é, para orientar os serviços à APS, carecendo um olhar cuidadoso para o conhecimento já produzido sobre a temática, a fim de melhor planejar as ações de cuidado frente à criança na atenção básica à saúde. Ademais, estudos avaliativos voltados especificamente à investigação da presença e extensão dos atributos da APS na atenção à criança são necessários.

Colaboradores

SS Damasceno trabalhou na concepção, busca na literatura, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. VM Nóbrega auxiliou a busca na literatura, interpretação dos dados e redação do manuscrito. SED Coutinho, APS Reichert, BRGO Toso e N Collet contribuíram com a análise dos dados, realizaram a revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelo suporte financeiro ao projeto do qual este estudo resulta.

Referências

1. Mendes EV. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015.
2. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
3. Brasil. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 5 ago.
4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.
5. Castro RCL, Knauth DV, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1772-1784.
6. 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 Lat Am Enfermagem* 2013; 21(2):554-561.
7. Prezotto KL, Chaves MMN, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(1):44-53.
8. Malta DC, Sanros MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):327-338.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-764.
10. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção De Lesões De Pele No Perioperatório: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(1):124-131.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
12. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(4):675-679.
13. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O mundo da saúde* 2009; 33(2):150-160.
14. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):713-724.
15. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev RENE* 2011; 12(1):73-80.
16. Sousa FGM, Erdmann AL. Qualificando o cuidado à criança na atenção primária de saúde. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(5):795-802.

17. Hadad S, França E, Uchôa E. Preventable infant mortality and quality of health care: maternal perception of the child's illness and treatment. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1519-1527.
18. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(6):1691-1699.
19. Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite AJM, Cunha ALA, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):209-219.
20. Kovacs ML, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AMCA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr* 2005; 81(3):251-258.
21. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2005; 5(2):1-12.
22. Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(1):67-71.
23. Saporoli ACL, Adami MP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(1):55-61.
24. Prado SRLA, Fujimori E, Cianciarullo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(3):399-407.
25. Slomp FM, Mello DF, Scochi CGS, Leite AM. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):441-446.
26. Mello DF, Lima RAG, Scochi CGS. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(n esp):1-8.
27. Amorim DG, Adam T, Amaral JJE, Gouws E, Bryce J, Victora CG. Integrated Management of Childhood Illness: efficiency of primary health in Northeast Brazil. *Rev Saude Publica* 2008; 42(2):183-190.
28. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Revista de Administ Pub* 2008; 42(2):369-389.
29. Tanaka OY, Santo ACGE. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2008; 8(3):325-332.
30. Vasconcelos EN, Silveira MFA, Eulálio MC, Medeiros PFV. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1225-1234.
31. 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 Saude Publica* 2009; 25(2):349-358.
32. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12):2316-2322.
33. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(1):92-98.
34. Novaczyk AB, Gaíva MAM. As tecnologias interrelacionais na assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais. *Cien Cuid Saude* 2010; 9(3):560-568.
35. Alexandre AMC, Bicudo DO, Fernandes APP, Souza C, Maftum MA, Mazza VC. Organização da atenção básica à saúde da criança segundo profissionais: pesquisa qualitativa. *Online braz. j. nurs* [periódico na Internet]. 2010 abr [acessado 2013 set 20]; 9(1):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801/633>
36. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, 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.
37. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2011; 11(3):323-334.
38. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(1):263-271.
39. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. *Rev Latino-Am Enferm* 2012; 20(3):534-543.
40. Moraes JRMM, Cabral IV. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in)visibilidade do cuidado de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* 2012; 20(2):556-563.
41. Machado MMT, Lima ASS, Filho JGB, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB, Gama IS, Cunha AJLA. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3125-3133.
42. Gaíva MAM, Novaczyk AB, Siqueira VCA. Tecnologias assistenciais para o atendimento à saúde da criança na Atenção Básica. *Nursing* 2012; 15(173):556-562.
43. 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.

Artigo apresentado em 20/11/2015

Aprovado em 22/03/2016

Versão final apresentada em 24/03/2016