

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ELAINE CRISTINA ANTUNES RINALDI

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: MODELO PROVEDOR DE QUALIDADE NA
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM PONTA GROSSA/PR

PONTA GROSSA
2024

ELAINE CRISTINA ANTUNES RINALDI

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: MODELO PROVEDOR DE QUALIDADE NA
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM PONTA GROSSA/PR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Ciências Sociais Aplicadas.

Linha de pesquisa: Estado, Direitos e Políticas Públicas.

Orientadora: Dra. Lislei Teresinha Preuss.

PONTA GROSSA
2024

R578 Rinaldi, Elaine Cristina Antunes
Atenção Primária em Saúde: modelo provedor de qualidade na atenção à saúde da criança em Ponta Grossa/PR / Elaine Cristina Antunes Rinaldi. Ponta Grossa, 2024.
224 f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss.

1. Atenção Primária - Saúde. 2. Estratégia - Saúde da família. 3. Saúde - Criança. 4. Avaliação. 5. Atributos - Atenção Primária à saúde. I. Preuss, Lislei Teresinha. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. III.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

ELAINE CRISTINA ANTUNES RINALDI

“Atenção Primária em Saúde: modelo provedor de qualidade na atenção à saúde da criança em Ponta Grossa/PR”

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor(a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Assinatura pelos Membros da Banca:

Prof^a. Dra. Lislei Teresinha Preuss – UEPG-PR - Presidente



Documento assinado digitalmente
LISLEI TERESINHA PREUSS
Data: 21/06/2024 15:34:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Manoelito Ferreira Silva Júnior – UNICAMP-SP / UESB-BA - Membro Externo



Documento assinado digitalmente
MANOELITO FERREIRA SILVA JUNIOR
Data: 17/06/2024 14:28:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dra. Giovana Daniela Pecharki Vianna - UFPR-PR - Membro Externo



Documento assinado digitalmente
GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA
Data: 17/06/2024 15:01:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dra. Márcia Helena Baldani Pinto - UEPG-PR - Membro Interno



Documento assinado digitalmente
MARCIA HELENA BALDANI PINTO
Data: 18/06/2024 11:24:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi - UEPG-PR - Membro Interno



Documento assinado digitalmente
CARLOS EDUARDO CORADASSI
Data: 17/06/2024 13:41:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ponta Grossa, 13 de junho de 2024.

Dedico esta tese às criaturas que são minha força motriz nesta passagem terrena. Primeiramente, a Deus, pela certeza da sua presença em minha vida, e às minhas filhas, Juliana e Sophia, por fazerem parte dessa jornada e pela resiliência, a vocês reafirmo meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss, orientadora, pelo acolhimento, confiança e condução desse processo.

À Banca da Qualificação e da Defesa de Tese, pela disponibilidade e por suas contribuições ao trabalho.

Aos gestores, profissionais, sobretudo os enfermeiros e aos usuários do SUS, que proporcionaram a execução deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG, especialmente aos professores que propiciaram um grande aprendizado.

À minha família e aos meus familiares, por serem fonte de amor, força, estímulo e inspiração.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UEPG, em especial às professoras Caroline e Suellen, pela amizade e apoio nessa trajetória.

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é
senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria
menor se lhe faltasse uma gota.*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

No Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS) ampliou-se a partir de meados da década de 1990, quando viabilizou o Programa de Saúde da Família (PSF) que, em 1997, foi alçado à Estratégia Saúde da Família (ESF), visando uma abordagem integral do indivíduo. Esse modelo consolida a saúde da criança no país, a qual apresenta avanços na perspectiva de reduzir mortalidade infantil. Dessa forma, a presente tese tem como objetivo geral avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança de zero a dois anos de idade cadastradas na ESF no município de Ponta Grossa. Para responder aos objetivos do estudo foi delineada a pesquisa de abordagem qualiquantitativa. Participaram 358 famílias, de crianças de zero a dois anos de idade, usuárias da ESF do município, sendo os respondentes pais ou mães ou cuidadores, dos quais 20 compuseram a amostra qualitativa. A coleta de dados ocorreu nas unidades de saúde, de julho a dezembro de 2023, e envolveu informações sobre características sociodemográficas, e para medir a presença e extensão dos atributos da APS na ESF foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - PCATool-Brasil criança, versão extensa, analisados utilizando o software livre PSPP 1.3.0 e a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Apontam-se, como resultados da pesquisa, que a atenção à criança no município é orientada à APS, representada pelos escores Essencial e Geral $\geq 6,6$, apresentando escores maiores nos componentes 'Sistema de informação', 'Serviços Prestado', 'Utilização', 'Integração de cuidados', 'Longitudinalidade', 'Afiliação' e 'Orientação familiar'. Os atributos 'Acessibilidade', 'Serviços disponíveis' e 'Orientação comunitária' foram insatisfatórios, caracterizados pelos escores $\leq 6,6$. A identificação da ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde das crianças foi observada, porém o atendimento em situações agudas estão concentradas em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), não havendo homogeneidade na utilização dos serviços de atenção à criança, no acesso as consultas e nas ferramentas de comunicação, nos serviços disponíveis, no seguimento do atendimento à criança pelo mesmo profissional, destacando a rotatividade do médico, além de apresentar fragilidade na referência e contrarreferência. Os resultados evidenciaram como a APS cumpre seu papel enquanto "porta de entrada" da rede de atenção materno-infantil no município. Assim, identificou-se o desafio para as equipes das unidades de saúde em empregar esforços para a manutenção das potencialidades na atenção à criança e na necessidade de implementar estratégias para romper com as fragilidades evidenciadas em defesa de uma saúde infantil mais equânime e qualificada, promovendo melhores indicadores.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde da Criança. Avaliação. Atributos da Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, Primary Health Care (PHC) expanded in the mid-1990s with the implementation of the Family Health Program (FHP), which was elevated to the Family Health Strategy (FHS) in 1997, aiming for a comprehensive approach to individuals. This model has consolidated child health in the country, making significant progress in reducing infant mortality. Thus, this thesis aims to evaluate the presence and extent of the attributes of Primary Health Care in the care of children aged zero to two years enrolled in the FHS in the municipality of Ponta Grossa. To achieve the study's objectives, a qualitative-quantitative research approach was designed. A total of 358 families, with children aged zero to two years, users of the FHS in the municipality participated, with respondents being parents, mothers, or caregivers, of which 20 composed the qualitative sample. Data collection occurred in health units from July to December 2023, and involved sociodemographic characteristics. To measure the presence and extent of PHC attributes in the FHS, the Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brazil child, extended version was used. Data were analyzed using free software PSPP 1.3.0 and the Collective Subject Discourse (CSD) technique. The research results indicate that child care in the municipality is oriented towards PHC, represented by Essential and General scores ≥ 6.6 , with higher scores in the components 'Information System', 'Provided Services', 'Utilization', 'Care Integration', 'Longitudinality', 'Affiliation', and 'Family Orientation'. The attributes 'Accessibility', 'Available Services', and 'Community Orientation' were unsatisfactory, characterized by scores < 6.6 . The identification of the FHS as the reference service for child health care was observed, but acute care is concentrated in Emergency Care Units (UPAs), lacking homogeneity in the use of child care services, access to consultations, and communication tools, available services, follow-up care by the same professional, highlighting the turnover of doctors, and weaknesses in referral and counter-referral. The results highlighted how PHC fulfills its role as the "gateway" to the maternal and child care network in the municipality. Thus, the challenge for health unit teams was identified to maintain the strengths in child care and the need to implement strategies to address the weaknesses identified to defend more equitable and qualified child health, promoting better indicators.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Child Health. Evaluation. Primary Health Care Attributes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Atributos da Atenção Primária à Saúde.	38
Figura 2 -	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde.....	51
Figura 3 -	Políticas Públicas e ações voltadas à atenção à criança no Brasil, 1973 a 2023	75
Figura 4 -	Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná	99
Figura 5 -	Rede de Atenção Materno-Infantil, Ponta Grossa, 2024.....	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Abordagens da Atenção Primária à Saúde	35
Quadro 2 - Impacto da pandemia da Covid-19 na saúde de crianças menores que 2 anos, Brasil.....	85
Quadro 3 - Descrição da fórmula para o cálculo amostral	113
Quadro 4 - Componentes estruturais e processuais da atenção à saúde da criança	116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos de 1990 a 2019, Brasil	87
Gráfico 2 - Percentual de cobertura vacinal de 2015 a 2020 no Brasil.....	90
Gráfico 3 - Número de Equipes de Saúde da Família, 2007-2020, Ponta Grossa, PR.	105
Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade Infantil. Ponta Grossa, 2000 a 2019.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Indicadores de saúde da criança menor de 2 anos no Brasil, PNS-2013	77
Tabela 2 -	Indicadores de saúde da criança menor de 2 anos no Brasil, PNS-2019	78
Tabela 3 -	Distribuição de óbitos infantis por Regiões, Brasil 2015 a 2021.....	88
Tabela 4 -	Distribuição do perfil dos cuidadores e características das crianças menores de 13 anos investigadas e da avaliação da Atenção Primária à Saúde infantil, PNAD Contínua, Brasil, 2022	93
Tabela 5 -	Percentual da população infantil de 0 a 2 anos por idade e sexo, Ponta Grossa, 2024.....	101
Tabela 6 -	Distribuição das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2024.....	106
Tabela 7 -	Distribuição da rede prestadora de serviço ao SUS no município de Ponta Grossa	108
Tabela 8 -	Distribuição de crianças de 0 a 2 anos, segundo o número cadastrado por unidade de saúde urbana, Ponta Grossa, 2024 (n=358)	114
Tabela 9 -	Distribuição dos dias e períodos da consulta de puericultura nas Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2024	117
Tabela 10 -	Distribuição do nº. de consultas de pré-natal, tipo de parto, aborto e nº. de filhos das mães de crianças atendidas na Atenção Primária à Saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)	123
Tabela 11 -	Perfil das famílias das crianças atendidas na atenção primária à saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)	126
Tabela 12 -	Perfil econômico das famílias das crianças atendidas na atenção primária à saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358).....	129
Tabela 13 -	Perfil de moradia e infraestrutura pública das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)	130
Tabela 14 -	Características das crianças quanto a idade, sexo e cor/raça, Ponta Grossa, 2024 (n=358)	133
Tabela 15 -	Perfil de nascimento de crianças de 0 a 2 anos, Ponta Grossa, 2024 (n=358).....	134

Tabela 16 -	Indicador de saúde de crianças de 0 a 2 anos, Ponta Grossa, 2024 (n=358).....	137
Tabela 17 -	Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos dos serviços de Atenção Primária à Saúde da criança de Ponta Grossa, PR, 2024. ...	141
Tabela 18 -	Distribuição do grau de orientação dos atributos dos serviços de Atenção Primária à Saúde da criança de Ponta Grossa, PR, 2023.	142
Tabela 19 -	Distribuição de frequência dos itens do atributo Acesso de Primeiro Contato, 'Utilização' e 'Acessibilidade' na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=358)	144
Tabela 20 -	Distribuição de frequência dos itens do atributo 'Longitudinalidade' na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=357)	146
Tabela 21 -	Distribuição de frequência dos itens do atributo Coordenação, 'Integração de Cuidados' e 'Sistema de Informação', na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=64; 357)	147
Tabela 22 -	Distribuição de frequência dos itens do atributo Integralidade, 'Serviços Disponíveis' e 'Serviços Prestados', na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=339; n=358)	149
Tabela 23 -	Distribuição de frequência dos itens dos atributos derivados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=358)	151
Tabela 24 -	Comparação dos escores Essencial e Geral da Atenção Primária à Saúde e os indicadores de saúde da criança. Ponta Grossa, PR, 2024 (n=358).....	153
Tabela 25 -	Comparação entre os distritos sanitários do município e os atributos da APS, Ponta Grossa-PR, 2024	156
Tabela 26 -	Comparação dos escores Essencial e Geral da Atenção Primária à Saúde e o perfil das famílias das crianças de 0 a 2 anos atendidas na ESF. Ponta Grossa, 2024	158

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de combate a endemias
AI	Anticoncepção injetável
AIDPI	Atenção integrada às doenças prevalentes na infância
AIS	Ações integradas de Saúde
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMQ	Avaliação para a melhoria da qualidade
AOC	Anticoncepcional oral combinado
APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CAC	Centro de Atenção à Criança
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CDUS	Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COMSAÚDE	Conselhos Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESEMS	Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DIU	Dispositivo intrauterino
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAB	Equipe de Atenção Básica
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECH	Expressões-chave
eMULTI	Equipes Multiprofissionais
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EQN	Estratégia QualiNEO
eSF	Equipes da Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMCSV	Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central

IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRAS	Infecções respiratórias agudas
MES	Ministério da Educação e Saúde
<i>MeSH</i>	<i>Medical Subject Heading</i>
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NHS	<i>National Health System</i>
NOAS	Normas Operacionais de Atenção à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto

PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMB	Programa Médicos Pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PPGSA	Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório de Gestão
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de mortalidade materna
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFT	Taxa de fecundidade total
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TMI	Taxa de mortalidade infantil
TNB	Triagem Neonatal Biológica
TNC	Triagem Neonatal Completa

UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VA	Valor Adicionado
VD	Visitas domiciliar
VN PCAT-AE	Ferramenta de Avaliação de Cuidados Primários vietnamita

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
CAPÍTULO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: BREVES APONTAMENTOS SOBRE SUA TRAJETÓRIA NO CONTEXTO INTERNACIONAL	31
1.1.1 Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	37
1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA	40
1.2.1 A Inserção da Atenção Primária à Saúde na Agenda Pública Brasileira.....	45
1.2.2 O PCATool: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde	57
CAPÍTULO 2 – ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL	64
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS NO BRASIL	64
2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL A PARTIR DAS PESQUISAS NACIONAIS DE SAÚDE 2013 E 2019.....	76
2.3 IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL	83
CAPÍTULO 3 – PONTA GROSSA-PR: O CENÁRIO DO ESTUDO E O DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA	96
3.1 O ESTADO DO PARANÁ.....	96
3.2 O MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: CENÁRIO DO ESTUDO.....	100
3.2.1 Atenção Primária à Saúde no Município de Ponta Grossa.....	102
3.3 DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	112
3.3.1 Instrumento de Coleta de Dados	116
3.3.2 Coleta dos Dados	117
3.3.4 Análise dos Dados	120
CAPÍTULO 4 – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO A CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA	123
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS FAMÍLIAS E CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ÁREA URBANA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA	123
4.2 ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA.....	140

4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS PAIS OU MÃES OU CUIDADORES DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
REFERÊNCIAS	185
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA SOCIODEMOGRÁFICOS	213
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	214
ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP/FMS	215
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UEPG ...	216
ANEXO C - INSTRUMENTO - PCATool – BRASIL PARA PACIENTES CRIANÇAS VERSÃO EXTENSA	220

INTRODUÇÃO

A presente tese tem como tema a Atenção Primária à Saúde (APS) como provedora de qualidade na atenção à saúde da criança. É relevante, inicialmente, indicar o local de fala deste estudo que se insere em um Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas (PPGSA), com área de concentração em Cidadania e Políticas Públicas e linha de pesquisa em Estado, Direitos e Políticas Públicas.

O interesse desta doutoranda pelo PPGSA da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) foi motivado ao desenvolver, nos anos de 2014 e 2015, as atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), especificamente o PET- Redes Materno-infantil, em parceria com docentes das seguintes áreas: Odontologia, Serviço Social, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, em uma perspectiva interdisciplinar.

A aproximação com o PPGSA ocorreu por meio da disciplina “Tópicos Especiais: Atenção Primária em Saúde - Modelos e Linhas de Cuidado”, cursada como aluna especial no segundo semestre de 2019. Os referenciais debatidos nessa oportunidade fundamentaram a proposta de pesquisa para a seleção como aluna regular, em 2020.

Ingressar em um programa interdisciplinar e interprofissional veio ao encontro do interesse desta pesquisadora, o qual está relacionado às experiências como enfermeira e docente da disciplina de saúde neonatal, pediátrica e do adolescente do curso de enfermagem da UEPG. Esta produção permitiu aprofundar o conhecimento referente à APS e à atenção à saúde da criança, além de propiciar reflexões sobre os enfrentamentos necessários para o acesso mais equitativo dessa população aos serviços de saúde.

Destaca-se que a conjuntura da saúde nos formatos atuais foi influenciada por fatos importantes, entre eles o Plano *Beveridge* na Europa, em 1945, um marco que estabeleceu novos parâmetros de responsabilidade pública nacional nas áreas de seguridade e assistência social e criou o programa de saúde pública, o *National Health System* (NHS) (Kerstenetzky, 2012).

Outro evento foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão, que resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado

da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais, com o lema “Saúde Para Todos no Ano 2000”. O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco e representou o ponto de partida para outras iniciativas, tais como: a Carta de Ottawa, elaborada em 1986 na Conferência do Canadá; a Conferência da Austrália, em 1988; a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Suécia, em 1991; e a Conferência realizada em Bogotá, em 1992 (Mendes, 2004).

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual deu início aos novos rumos da saúde pública brasileira e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se consolida logo após com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). No SUS, o eixo norteador da atenção à saúde, responsável por ordenar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços é a APS, conceituada por Barbara Starfield (2002) como porta de entrada no sistema frente às necessidades e problemas, que fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros, orientada pelos seguintes atributos:

- Acesso de primeiro contato: refere-se à acessibilidade e à utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde.
- Longitudinalidade: está relacionado à existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo em uma relação interpessoal entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade: trata-se dos serviços disponíveis e prestados pela APS. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral.
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade do cuidado, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços.
- Orientação familiar: na avaliação deve-se considerar o conhecimento e o contexto familiar.
- Competência cultural: é o reconhecimento das implicações culturais no processo saúde-doença.
- Orientação comunitária: implica no conhecimento do contexto social no qual a comunidade está inserida.

A APS ganha posição de destaque na agenda nacional, em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (Sena; Santos, 2017). Em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), na perspectiva de oferecer mais eficiência e equidade na saúde (Andrade *et al.*, 2015), alçado à Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1997, visando uma abordagem integral do indivíduo (Silva; Garnelo; Giovanella, 2010). Atualmente, a APS assume no SUS o ESF como prioritário para sua organização (Brasil, 2017). O modelo preconizado na ESF segue os preceitos de uma APS robusta, que associa e busca um equilíbrio entre o cuidado individual e coletivo, abarcando a prevenção, a promoção e cuidado contínuo, o atendimento oportuno das demandas espontâneas e das ações programáticas, realizadas por uma equipe multiprofissional (Merhy; Franco, 2003).

Desde 2006, com a 1ª edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Ministério da Saúde (MS) utiliza a definição operacional da APS sistematizada por Barbara Starfield. Em 2011, na revisão da PNAB (Brasil, 2011a), para promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde, criou-se mecanismos indutores para avaliação da APS, considerando que esse modelo quando bem estruturado é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da população (Starfield, 2002). A nova revisão da PNAB em 2017 (Brasil, 2017) reafirma a APS estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde no país. A inefetividade desse modelo de atenção compromete a capacidade de resolutividade da assistência à saúde (Boing *et al.*, 2012).

Neste sentido, a APS possui papel basal na saúde da população infantil. Os dois primeiros anos de vida são reconhecidos como um período crucial no crescimento e no desenvolvimento da criança e na promoção da saúde e prevenção de doenças na vida adulta (Jaime *et al.*, 2016). Sabe-se que as infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e desnutrição são causas associadas ao óbito infantil que poderiam ser evitadas, utilizando-se de medidas preventivas, diagnóstico precoce e tratamento adequado (Higuchi *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, a saúde da criança brasileira avançou nas últimas décadas em resposta ao aumento da cobertura de ações de saúde por meio do SUS e de políticas públicas voltadas à assistência infantil e, em 1990, com a garantia à proteção integral da criança, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Destaca-se a criação do Programa Nacional Materno-infantil, em 1975, objetivando a redução da morbimortalidade materno-infantil. Posteriormente, em 1980, a criação do

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, que visava o incentivo ao aleitamento materno, orientação sobre alimentação em situação de desmame, imunização básica, controle efetivo das doenças respiratórias e diarreicas e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Araújo *et al.*, 2014).

Por anos a saúde da criança esteve interligada à saúde materna, porém, em 1984, implantou-se o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC), objetivando promover a saúde de forma integral, priorizando crianças em situação de risco e visando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Mais tarde, em 1996, foi adotado a Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI), criada pela OMS e o Unicef, que elencaram as principais doenças prevalentes na infância e criaram um documento que norteia os profissionais quanto aos sinais e sintomas que devem ser avaliados na criança, e como agir frente a um achado clínico (Araújo *et al.*, 2014).

Em 2000, o MS lança o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), garantindo a integralidade do atendimento à mãe e ao recém-nascido. Em 2011 é implantada a Rede Cegonha, a qual envolve uma rede de cuidados com vistas a garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento. Nesta lógica, no Paraná, foi implantada, em 2012, a Rede Mãe Paranaense, fruto de uma experiência positiva do programa mãe curitibana, que conseguiu diminuir a mortalidade infantil na cidade de Curitiba (Araújo *et al.*, 2014). A rede cegonha e a linha guia mãe paranaense fundamentam às ações voltadas à saúde da criança no estado.

Mediante às ações e estratégias implantadas voltadas à saúde materno infantil, em 2011, o Brasil alcançou a meta de redução das taxas de mortalidade infantil (TMI) traçadas pelos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), junto à Organização das Nações Unidas (ONU), para o ano de 2015. O alcance dessa meta reafirma os avanços mencionados. A TMI evoluiu de 85,6 óbitos por mil nascidos vivos (NA) na década de 1980 para 13,8 em 2015 (You *et al.*, 2015; Brasil, 2015).

Apesar disso, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis (Brasil, 2012a), evidenciando a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde. Além disso, universalizar os avanços para grupos de maior vulnerabilidade e repensar estratégias para o

cumprimento dos compromissos do país diante das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2015-2030 (Brasil, 2018). Assim, a Saúde da Criança representa um campo prioritário de atenção à saúde e um desafio para a APS.

Frente aos desafios, e com a finalidade de qualificar as estratégias e ações voltadas à saúde da criança na agenda da saúde pública brasileira, nas esferas federal, estadual e municipal, fez-se necessário a elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em consonância ao pleito de entidades da sociedade civil e militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente (Brasil, 2018).

A persistência de lacunas relacionadas à assistência à criança, não obstante as iniciativas implementadas, gerou inquietações. Na prática profissional, como enfermeira e docente da UEPG, constata-se durante as vivências na Rede de Atenção à Saúde da criança no município de Ponta Grossa a superutilização dos serviços de saúde em nível hospitalar e de pronto atendimento, por mães de crianças com problemas de saúde que podem ser manejados na ESF de referência. O Relatório de Gestão (RAG), com o número de consultas realizadas no Hospital Infantil, em 2020¹, foi de 20.074; dessas, 1255 são de urgência com observação até 24h (Ponta Grossa, 2020), indicando que, possivelmente, um quantitativo significativo de crianças poderia ser assistido nas unidades de saúde. O RAG do 2º quadrimestre de 2023 demonstra que menos de 10% dos atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento são com observação até 24h, reforçando essa percepção (Ponta Grossa, 2023a).

Tal realidade enfrenta problemas como a superlotação, com consequente insatisfação pelos usuários frente aos serviços. Também incorre em internamentos, procedimentos invasivos, exposição da criança a riscos no ambiente hospitalar, comprometimento da rotina familiar e eleva os custos com a saúde. Moghaddam *et al.* (2011) apontam que a hospitalização e a doença podem ser o primeiro impacto e crise vivenciada pela criança. Devido à experiência, desencadeia alterações nas condições de saúde, rotina ambiental, mecanismos de compatibilidade para tensões nesta faixa etária como situação crítica na vida da criança ainda vulnerável ao ambiente hospitalar.

¹ Número de consultas refere-se ao 1º e 2º quadrimestre/2020, o 3º não consta no RAG, devido à transição do Hospital Infantil à Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Diante disso, este estudo pretende responder à seguinte pergunta norteadora:
A atenção prestada pela equipe de Estratégia Saúde da Família à criança de zero a dois anos de idade no município de Ponta Grossa é orientada à Atenção Primária à Saúde?

A partir dessa indagação, emerge outras questões referente à assistência que a criança tem recebido na APS em Ponta Grossa, especificamente na ESF, tais como:

- Sendo a ESF prioritária para as ações voltadas à criança, porque há busca de atendimento por condições sensíveis à APS em serviços de referência para urgência e emergência?

- As ações programáticas para o grupo infantil estão concentradas na APS: será que todas as Unidades de Saúde da Família (USF) possibilitam o acesso e disponibilizam serviços as crianças?

- Tem seguimento no acompanhamento e identificação dos agravos à saúde infantil, pela equipe da USF?

Destaca-se que o modelo de atenção da APS tem possibilitado a inovação de resultados assistenciais, com melhoria de indicadores de saúde infantil, os quais são dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados e influenciados pelas condições do meio em que a criança vive (Stábile *et al.*, 2013). Entende-se que, identificando a presença e extensão dos atributos da APS a partir dos pais ou mães ou cuidadores de crianças, leva a compreensão de como está operacionalizada a atenção a essa população pela ESF na Rede Materno-Infantil do município.

Assim, esta tese parte da seguinte reflexão: sendo a APS a porta de entrada para atenção à criança, tendo a ESF como prioritária para sua organização, suas ações devem ser suficientes para o atendimento das demandas programadas e espontâneas. A busca por outros pontos da RAS para o atendimento de crianças por condições sensíveis à APS pode estar influenciada por heterogeneidade na presença e extensão dos atributos da APS e no processo de trabalho das equipes de ESF, não garantindo um acesso equitativo para as necessidades das crianças e suas famílias. Portanto, têm-se como hipótese que a APS na atenção à criança não cumpre seu papel como a porta de entrada na rede de saúde no município de Ponta Grossa.

Dessa forma, esta pesquisa tem como **objetivo geral**: avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Ponta Grossa.

Os **objetivos específicos** são:

- Analisar o perfil sociodemográfico das crianças e famílias usuárias dos serviços da Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa;
- Identificar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança de zero a dois anos de idade cadastradas na ESF de Ponta Grossa;
- Comparar os atributos da Atenção Primária à Saúde com o perfil de famílias atendidas nas Estratégia Saúde da Família e com os distritos sanitários do município;
- Avaliar as relações dos atributos da Atenção Primária à Saúde e indicadores de saúde da criança no município;
- Avaliar a percepção dos pais ou mães ou cuidadores sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança.

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS na atenção à saúde da criança possibilita discussões sobre a capacidade resolutiva da APS, fornece respostas sobre as políticas e os programas implementados e abre espaço a reestruturações alinhadas às reais necessidades dos indivíduos e da coletividade (Vasconcelos *et al.*, 2018).

Neste contexto, esta pesquisa se justifica pela relevância da operacionalização da APS na atenção à saúde da criança em diversos cenários brasileiros, especialmente após as mudanças trazidas pela reformulação da PNAB em 2017, pelo novo modelo de financiamento da APS no país e da pandemia da Covid-19.

Para o desenvolvimento deste estudo foi considerado o modelo conceitual que inclui os atributos da APS, de acordo com Starfield (2002). Dentre os instrumentos de avaliação da APS, destaca-se o *Primary Care Assessment Tool* – PCATool, pela predominância da sua utilização (Oliveira *et al.*, 2023). Também, pela possibilidade de comparabilidade dos achados devido à utilização nacional e internacional com versões validadas para contextos locais (D'Avila *et al.*, 2017) e a proximidade desse instrumento a proposta da ESF (Fracolli *et al.*, 2014). Tais evidências indicam a pertinência de sua utilização nesta pesquisa.

Diante disso, a presente pesquisa pode contribuir com a academia, a sociedade e aos profissionais da rede de saúde de Ponta Grossa, uma vez que se constatou lacuna de conhecimento no município referente à avaliação da presença e

extensão dos atributos da APS nos serviços de atenção à criança, principalmente utilizando o instrumento PCATool-Brasil, versão criança.

Reforça sua pertinência, considerando que a sistematização no Manual PCATool (Brasil, 2020a), referente a estudos publicados de 2000 a 2020 usando essa ferramenta de avaliação da APS, mostrou um número menor de estudos com crianças, comparado as demais versões do instrumento. Dos 26 países que desenvolveram estudos por meio do PCAT, a versão criança foi empregada em 5 países, enquanto adulto em 22.

Dessa forma, para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS voltadas à criança em Ponta Grossa foi delineada a pesquisa de abordagem qualiquantitativa. Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados simultâneos ou sequenciais para melhor entender os problemas de pesquisa (Creswell; Plano Clark, 2013).

Inicialmente, realizou-se um levantamento de fontes sobre a temática por meio do acesso ao Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), utilizando-se o registro CAFE (Comunidade Acadêmica Federada); a busca aconteceu no mês de junho/2021 nas seguintes bases: Bireme, Scielo, Scopus, Pubmed e o banco de teses disponível no site catálogos de teses e dissertações da Capes.

Os descritores usados foram: “*primary health care OR family health strategy AND child health OR child AND PCATool*”. Esses descritores foram escolhidos mediante consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading (MeSH)*. Na busca pela Capes, utilizou-se filtro de busca por grandes áreas de conhecimento: ciências humanas, ciências sociais e ciências da saúde. Os critérios de inclusão utilizados na análise dos artigos foram: estudos publicados entre 2006, data da validação do PCATool versão Criança de acordo com a realidade brasileira, e junho de 2021; nos idiomas inglês, espanhol e português; e que tratassem da atenção à criança na APS.

Os materiais recuperados possibilitaram a construção do projeto de pesquisa submetido em 17 de outubro de 2022 ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do município para anuência. Após o aceite (Anexo A), para o desenvolvimento da pesquisa, realizou-se a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, aprovado sob o Parecer Consubstanciado do CEP-UEPG n.º 5.731.735 em 31 de outubro de 2022 (Anexo B).

Na sequência, a pesquisa bibliográfica foi essencial para o embasamento teórico desta tese, com enfoque nas categorias: Atenção Primária à Saúde e saúde da criança e atributos da APS. Para tal, autores como Fleury; Ouverney (2012); Kerstenetzky (2012); Paim (2019); Mendes (2011); Giovanella; Mendonça (2012); Starfield (2002), entre outros, foram referências fundamentais.

Para complementar a pesquisa bibliográfica, iniciou-se a pesquisa documental com intuito de buscar dados epidemiológicos referente aos indicadores de saúde da criança (acesso ao pré-natal; triagem neonatal; puericultura; aleitamento materno exclusivo até o sexto mês; mortalidade infantil). Esta pesquisa foi realizada por meio dos bancos de dados do IBGE, do Departamento de Informática do SUS (Datasus), do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e dos relatórios de pesquisas nacionais. Esses procedimentos metodológicos se materializaram no primeiro e segundo capítulo.

Posteriormente, ocorreu a pesquisa de campo na área urbana do município de Ponta Grossa com pais ou mães ou cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, usuárias da ESF do município. A coleta de dados se deu por meio da entrevista que envolveu um instrumento contendo informações sobre características sociodemográficas (Apêndice A); e para medir a presença e extensão dos atributos da APS na ESF foi utilizado o PCATool-Brasil criança, versão extensa (Anexo C), além do diário de campo para o registro das falas que emergiram nesta etapa.

Para este momento do desenvolvimento da pesquisa foi calculado a partir da população de $n = 5292$, referente à média anual dos nascidos vivos de mães residentes do município (Ponta Grossa, 2021), considerando-se margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, distribuição heterogênea da população (50/50), conforme Bolfarine e Bussab (2005). O número mínimo de participantes ficou definido em 358 participantes, divididos proporcionalmente por unidade de saúde elegível para este estudo, conforme o número de crianças cadastradas nas unidades de saúde deste estrato etário. Desses participantes, 20 compuseram a amostra para a pesquisa qualitativa.

Em junho de 2023, foi realizado o estudo piloto em uma Unidade Básica de Saúde do município para balizar o instrumento, perfazendo 10 entrevistas, que não compuseram a amostra desta pesquisa.

Posteriormente, foi realizado o primeiro contato nas unidades de saúde do município para informar sobre a pesquisa, e no período de 10 de julho a 07 de

dezembro de 2023 realizou-se as coletas de dados. Os pais ou mães ou cuidadoras das crianças foram abordadas nas salas de espera para as consultas. Para aqueles elegíveis, procedeu-se a explanação referente à pesquisa. Após a leitura e aceite do participante, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), foi realizada a entrevista aplicando os instrumentos.

Para análise dos resultados obtidos por meio do instrumento PCATool, foram calculados os escores dos atributos para cada entrevista realizada. O escore para cada componente da APS se constitui pela soma dos valores das respostas dos itens que formam o componente ou atributo dividido pela quantidade total de itens do componente ou atributo, conforme as recomendações do Manual PCATool-Brasil, versão criança (Brasil, 2020).

O ponto de corte do escore em 6,6, classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto caracterizado pela presença e extensão dos atributos, revelando serviços melhor orientados para a APS, parâmetro seguido neste estudo (Brasil, 2020).

Os dados originados das análises dos atributos de cada componente, bem como as características dos participantes e das crianças, foram tabulados em planilha *Excel* e analisados utilizando-se o *software* livre PSPP 1.3.0.

Para a análise qualitativa, a partir das falas dos participantes, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A proposta elenca e articula o material verbal coletado, que, ao final do processo, redundam em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais (Lefevre; Lefreve, 2006).

Com a finalidade de responder aos objetivos desta tese, sua exposição divide-se em 4 capítulos. O primeiro destina-se a apresentar a trajetória da APS com destaque aos fatos que contribuíram para sua implementação no contexto internacional e abordar os marcos históricos da APS no Brasil e sua inserção na agenda brasileira, além de tecer reflexões a partir da atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) e da criação em 2019 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

No segundo capítulo, exibe uma abordagem histórica da atenção à saúde da criança no Brasil. Na sequência, faz-se uma breve discussão e análise dos indicadores infantis a partir das Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019 e dos impactos da pandemia nesse grupo populacional e, por fim, aborda-se a avaliação da APS na

atenção à criança por meio do inquérito da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua.

O terceiro capítulo aborda as características do município de Ponta Grossa-Pr, bem como a estrutura dos serviços de atenção à criança, fundamental para a compreensão dos resultados da medição dos atributos da APS da área urbana relacionados à população de 0 a 2 anos e apresenta os percursos metodológicos para o alcance dos objetivos relacionado à pesquisa de campo.

Por fim, no quarto capítulo, apresenta-se a análise da pesquisa de campo, concretizando os objetivos desta tese referente à presença e extensão dos atributos da APS na atenção à criança prestadas pelas equipes da ESF na área urbana do município de Ponta Grossa. Os instrumentos aplicados evidenciaram as percepções dos pais e/ou cuidadores das crianças quanto aos atributos da APS.

CAPÍTULO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este capítulo foi elaborado a fim de apresentar brevemente a trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS), destacando fatos que contribuíram para sua implementação no contexto internacional. Abordam-se os marcos históricos da APS no Brasil e sua inserção na agenda brasileira. Tecem-se reflexões a partir da atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) e da criação em 2019 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), com destaque aos impactos ocasionados por essas mudanças.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: BREVES APONTAMENTOS SOBRE SUA TRAJETÓRIA NO CONTEXTO INTERNACIONAL

A concepção de organização do sistema de serviço de saúde com base na Atenção Primária à Saúde foi apresentada pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920 (Starfield, 2002). Elaborado para responder à solicitação do Ministério da Saúde inglês, no esforço de reconstrução do país após a Primeira Guerra Mundial, indicava a criação de um sistema de saúde público que conjugasse ações preventivas e curativas (Senna; Santos, 2017).

Esse documento foi desenvolvido em uma perspectiva regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade, sob uma base geográfica definida. Distingue três níveis principais de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e os hospitais-escola, indicando vínculos formais entre eles e descrição das respectivas funções (Starfield, 2002).

Essas ideias, por correlação de força da classe médica, não foram de imediato implementadas. Porém, fundamentaram posteriores iniciativas de organização dos sistemas de saúde (Giovanela; Mendonça, 2012), como a institucionalização do *National Health Services* (NHS) britânico, em 1948, favorecido pela conjuntura do segundo pós-guerra que instituiu o *Welfare State* (Senna; Santos, 2017), se constituindo de modelo teórico de referência em muitos países (Starfield, 2002).

Na década de sessenta, ressurgiu um movimento nos Estados Unidos (EUA) em favor da medicina ou saúde comunitária em resposta à crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados, com duas vertentes principais, de um lado os Departamentos de Medicina Social e Preventiva de centros

universitários, e, de outro, o contexto da “guerra à pobreza” desencadeada pelo Governo Federal. A emergência e difusão dessas propostas se deu em detrimento à crise econômica e do modo de acumulação instalada nos países centrais a partir dos anos 70 e com o enfrentamento relacionado ao crescimento de periferias urbanas (Conill, 2008). Foi o clássico estudo de White, em 1961, que evidenciou a “atenção médica primária”, demonstrando que a maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizado neste nível de atenção (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009).

Nos anos 70, surgiram novas propostas de saúde na perspectiva de atenção primária à saúde. Destaca-se a experiência, em países em desenvolvimento, dos missionários médicos da Comissão Médica Cristã, uma organização especializada do Conselho Mundial de Igrejas e da Federação Luterana Mundial, que enfatizou o treinamento de trabalhadores da aldeia no nível de base, equipados com medicamentos essenciais e métodos simples. Ressalta-se a criação da revista *Contact*, que utilizou, provavelmente pela primeira vez, o termo Atenção Primária à Saúde (APS). Em meados da década de 70, as versões francesa e espanhola da revista apareceram e sua circulação atingiu 10.000 (Cueto, 2004).

A APS foi inspirada, também, pela experiência dos “médicos de pés descalços chineses”, um grupo diversificado de agentes de saúde de vilas que viviam na comunidade que serviam, com foco na saúde rural e preventiva, com a combinação de medicamentos ocidentais e tradicionais. Além disso, foi favorecida pelo contexto político caracterizado pela emergência de nações africanas descolonizadas e pela propagação de movimentos nacionais, anti-imperialistas e de esquerda em muitas nações menos desenvolvidas (Cueto, 2004).

Outra influência importante para esse modelo de atenção decorreu do movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde (1974), considerando “uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses”, evidenciando a relevância da prevenção de doenças, da promoção da saúde para a população e da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental. O Relatório demonstrava, por meio dos estudos do epidemiologista Thomas McKeown, a relação da saúde com as condições de vida, em especial o saneamento ambiental e a nutrição (Giovanela; Mendonça, 2012).

Cabe também mencionar o relatório “Abordagens Alternativas para Atender às Necessidades Básicas de Saúde nos Países em Desenvolvimento”, produzido em 1975 pela OMS e o Unicef, que enfatizou as deficiências dos programas verticais

tradicionais concentrados em doenças específicas, além da crítica que a expansão dos sistemas médicos “ocidentais” iria satisfazer as necessidades das pessoas. O documento apontou a desnutrição e as doenças transmitidas por vetores, respiratórias e diarreicas como as principais causas de morbidade nos países em desenvolvimento decorrente da pobreza, da miséria e da ignorância (Cueto, 2004).

Esse relatório, como referência para um debate mundial acerca da saúde, contribuiu para a declaração na 28ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1975, e a construção de “Programas Nacionais de Cuidados de Saúde Primários” como uma questão prioritária (Cueto, 2004). Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu, por unanimidade, em sua 30ª reunião anual, que a principal meta social dos governos participantes deve ser a obtenção de um nível de saúde no ano 2000, por parte de todos os cidadãos do mundo, que os possibilite levar vida social e economicamente produtiva. Essa declaração desencadeou inúmeras atividades que impactaram o pensamento a respeito da APS (Starfield, 2002).

Outro marco histórico mundial que merece destaque na trajetória da APS é a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, organizada pela OMS e o Unicef. Reitera que o debate foi impulsionado por questionamentos referentes ao modelo hegemônico de organização da atenção à saúde, principalmente a seu caráter centrado no médico, hospitalocêntrico, intervencionista e fragmentado, apresentando pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população (Senna; Santos, 2017).

Durante a Conferência, em Alma-Ata, foram conceituados cuidados primários em saúde como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...]. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OMS, 1979).

A Declaração de Alma-Ata reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais, com o mote “Saúde para todos no ano 2000” (Mendes, 2004). Porém, foi criticada por agências internacionais por considerá-la pouco propositiva e muito abrangente. Assim, em contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores, deu-se sequência, nos anos posteriores, a um embate entre

a concepção de atenção primária à saúde integral/abrangente e a concepção seletiva (Giovanela; Mendonça, 2012).

Diante disso, em 1979, a Fundação Rockefeller, preocupada com a identificação das estratégias de saúde mais rentáveis, patrocinou a conferência "Saúde e População em Desenvolvimento" na Itália, em que chefes de agências internacionais estiveram envolvidos, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Nessa conferência apresentaram uma nova perspectiva à atenção primária seletiva à saúde. Essa perspectiva foi considerada pelos defensores da atenção primária à saúde integral como tecnocêntrica estreita, que desviava a atenção da saúde básica e do desenvolvimento socioeconômico, não abordava as causas sociais da doença e apresentava semelhança a programas verticais (Cueto, 2004).

Apesar dos argumentos, a implantação de uma APS seletiva imperou nos países em desenvolvimento (Giovanela; Mendonça, 2012). A maioria das agências internacionais estava interessada em programas técnicos de curto prazo com orçamentos claros, em vez de programas de saúde definidos de forma ampla. Além disso, durante a década de 1980, muitos países em desenvolvimento enfrentaram inflação, recessão, políticas de ajustamento econômico e dívidas externas sufocantes que afetaram os recursos de saúde pública. Um novo contexto político, criado pela emergência de regimes neoliberais conservadores nos principais países industrializados, significou restrições drásticas nos fundos para cuidados de saúde nos países em desenvolvimento (Cueto, 2004).

Apesar disso, após Alma-Ata, o debate sobre a saúde se intensifica e movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano. Dentre as iniciativas, o movimento para a Saúde dos Povos reúne ativistas de saúde de todas as partes do mundo para compartilhar experiências e fomentar a ação de organizações da sociedade civil na luta pelo direito universal à saúde. A primeira Assembleia, realizada em Bangladesh no ano 2000, com participantes de organizações da sociedade civil de 92 países, lançou a Carta dos Povos pela Saúde, conclamando um movimento internacional de cidadãos comprometidos com a realização do sonho de Alma-Ata (Giovanela; Mendonça, 2012).

Dessa forma, conjugam-se diferentes concepções, abordagens e práticas que, incorporadas, reforçam e/ou se contrapõem a uma perspectiva ampliada/abrangente de APS. Barbara Starfield (2002, p.28) define APS como

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada, atendendo às necessidades e problemas de saúde da pessoa, ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros.

Gionanela e Mendonça (2012) destacam que não há uniformidade no emprego da expressão “Atenção Primária à Saúde”, identificando-se quatro categorias principais de interpretação: a APS seletiva; Atenção primária; APS abrangente de Alma Ata e Abordagem de saúde e direitos humanos, conforme o Quadro 1.

Quadro 1- Abordagens da Atenção Primária à Saúde

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS seletiva	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Enfatiza um conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre.
Atenção primária	Refere-se à porta de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. A abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar	A ênfase é no nível de atenção em um sistema de serviços de saúde.
APS abrangente de Alma Ata	Trata-se de atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. É parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade.	Destaca-se como estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde.
Abordagem de saúde e direitos humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para a melhoria da equidade.	Sua ênfase está em uma filosofia que permeia os setores social e de saúde.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

Em 2003, em um contexto de agravamento das iniquidades da saúde somado à busca de respostas aos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, para desenvolver estratégia futura e orientações programáticas para a APS, atendendo à determinação de seus países membros, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) decidiu reavaliar os valores e os princípios que há algumas décadas inspiraram a Declaração de Alma-Ata. Em 2005, divulgou o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” em defesa da necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, à ênfase na promoção e prevenção, à intersectorialidade, à participação social e à responsabilização dos governos (Opas, 2007; Giovanela; Mendonça, 2012).

Seguindo essa tendência, o Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca” reconheceu que as populações continuavam esquecidas e assinala o mesmo sentimento de oportunidades perdidas que impulsionou uma mudança de paradigma no pensar sobre saúde, há 30 anos, em Alma-Ata. O relatório aponta que os valores da APS, ou seja, justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade, requerem sistemas de saúde centrado nas pessoas (OMS, 2008).

Também foi evidenciado no relatório que o conhecimento e o entendimento sobre saúde cresceram rapidamente e que outras tendências precisam ser consideradas, como o progresso substancial em saúde desigual; a mudança da natureza dos problemas de saúde; e o desenvolvimento dos sistemas de saúde na direção do ritmo de mudança e transformação que é uma característica essencial da globalização (OMS, 2008).

O relatório organizou as reformas da APS na perspectiva dos desafios de saúde do mundo em consonância às crescentes expectativas da população em sociedades em modernização, em quatro grupos: reformas da cobertura universal - para mais equidade em saúde; reformas da prestação de serviço - para orientar os sistemas de saúde para as pessoas; reformas de política pública - para promover e proteger a saúde das comunidades; reformas da liderança - para autoridades de saúde mais confiáveis (OMS, 2008).

Em 2018, na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, em um contexto internacional com políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia, por iniciativa da OMS, do Unicef e do Governo do Cazaquistão, realizou-

se a Conferência Global sobre APS, em Astana, com o propósito de renovar seu compromisso para o alcance da cobertura universal em saúde - *Universal Health Coverage* (UHC) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A UHC, moldada com forte influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, congrega diretrizes das reformas pró-mercado, como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde (Giovanela et al., 2019).

A Declaração de Astana conclama todos os países a implementarem ações relativas a quatro áreas principais: fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores; construir cuidados de saúde primários sustentáveis; capacitar indivíduos e comunidades; alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais (OMS, 2018).

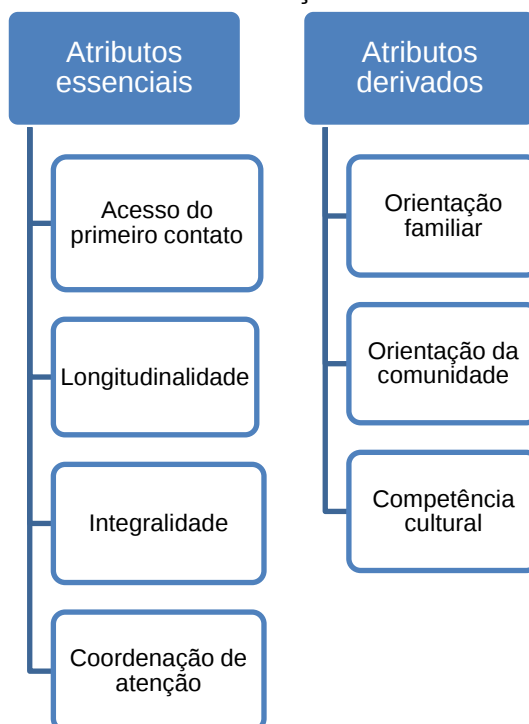
Neste contexto, para fortalecer a APS em diversos países, sejam eles ‘ricos’ ou ‘pobres’, é fundamental conhecer sua operacionalização por meio de seus atributos essenciais e derivados, propostos por Starfield (2002).

1.1.1 Atributos da Atenção Primária à Saúde

Starfield (2002) desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente, definindo os atributos dos serviços de atenção primária. Essa abordagem considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente no ciclo vital; a garantia de cuidado integral, considerando-se os aspectos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação dos profissionais de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (Giovanela; Mendonça, 2012).

Nesta perspectiva, Starfield (2002) classifica os atributos da APS em: atributos essenciais e atributos derivados, conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1- Atributos da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Adaptado de: STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Nesta tese a temática aborda os atributos da APS na atenção à saúde da criança. Diante disso, na sequência busca-se descrevê-los, considerando que a orientação da APS determinada pela presença e extensão dos atributos promove melhores resultados de saúde para os usuários dos serviços, bem como para o sistema (Starfield, 2002).

A partir da definição de APS operacionalizada por essa autora, um serviço de saúde pode ser considerado como provedor de APS quando apresentam quatro atributos essenciais, conforme descritos:

Acesso de Primeiro Contato – refere-se à porta de entrada do sistema de saúde, com exceção para os casos de urgência e emergência, acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada problema novo ou a cada episódio de um mesmo problema e para o acompanhamento de rotina e encaminhamentos para a atenção especializada (Starfield, 2002; Brasil, 2020a). O atributo 'Acesso' é avaliado em duas dimensões: a acessibilidade que mede a capacidade do serviço em atender às demandas da população, como este se organiza para agendar consultas, acolher a demanda espontânea, entre outros; e a utilização que mede o uso do serviço (Starfield, 2002).

Longitudinalidade – está relacionada à existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, ou seja, é a interação entre serviço e população. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (Starfield, 2002; Brasil, 2020a).

Integralidade – trata-se do leque de serviços disponíveis e prestados pela atenção primária, é a capacidade do serviço de saúde em prover à população a atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção e de reabilitação à saúde, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Para isso, deverá encaminhar o usuário para as unidades de referência da rede de saúde, mantendo o vínculo estabelecido (Starfield, 2002; Brasil, 2020a).

Coordenação da Atenção – pressupõe em continuidade da atenção, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. Isso deve constituir-se em rotina, e assim garantir a referência e a contrarreferência (Brasil, 2020a; Starfield, 2002).

A Coordenação da Atenção é avaliada mediante a ‘Integração de Cuidados’, que compreende a capacidade do serviço em coordenar o cuidado, em responsabilizar-se pela continuidade do cuidado em outros serviços da rede de atenção; e ‘Sistema de Informação’ que envolve o uso dos registros para promover a comunicação entre profissionais de um mesmo serviço ou de serviços diferentes para que seja garantida a continuidade da assistência (Starfield, 2002).

Para qualificar as ações da APS, definiram-se os Atributos Derivados, de acordo com Starfield (2002), como:

Orientação Familiar – na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o conhecimento, o contexto familiar e o seu potencial de cuidado e de interferir no processo saúde-doença dos membros da família, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (Starfield, 2002; Brasil, 2020a).

Competência Cultural – implica em reconhecimento das necessidades especiais da população que podem ser imperceptíveis devido às características culturais. A equipe de saúde necessita conhecer as implicações culturais no processo

saúde-doença e criar estratégias para atender às peculiaridades especiais da população a qual presta o cuidado (Starfield, 2002; Brasil, 2020a).

Orientação Comunitária – é o reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade por meio de contato direto com a mesma e de dados epidemiológicos. O conhecimento do contexto social no qual a comunidade está inserida orienta a alocação de recursos e o planejamento de ações de saúde (Starfield, 2002).

A identificação rigorosa dos atributos é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS. Tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, quanto maior for a presença e extensão desses atributos melhor será a qualidade da APS. Os sistemas de saúde com orientação em atenção primária à saúde mostram-se mais efetivos e mais capazes de lidar com inequidades em saúde (Starfield, 2002).

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde ganha destaque na agenda setorial a partir dos anos 90 (Sena; Santos, 2017). Ainda que incipientes, algumas experiências de APS remontam também ao início do século XX (Lavras, 2011), embora a emergência da organização das ações e serviços no país com ênfase na saúde coletiva se dá em decorrência as endemias ainda na Primeira República (Sena; Santos, 2017).

Nesse contexto, o movimento médico sanitário desempenhou um papel importante na consolidação do Estado brasileiro, na medida em que as concepções e o manejo do processo saúde e doença tinham implicações para a economia, o comércio internacional e o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Nesse período, foram implantados postos de saneamento e profilaxia rural, que subsidiaram a criação dos centros de saúde (Sena; Santos, 2017).

Destacam-se os Centros de Saúde, inicialmente propostos por Paula Souza em São Paulo, com a proposição de ação integral com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde, em 1925; a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1960 após extinção de contrato internacional, mantido desde 1942, teve atuação marcante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, organizando e operando serviços de saúde pública e de assistência médica; a

expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde com atuação voltada predominantemente para a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública, incluindo o enfrentamento das grandes endemias (Lavras, 2011).

A política de saúde brasileira entre 1930 e 1980 foi marcada por trajetória dual, representada de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle de doenças específicas e de outro pela assistência médica previdenciária, estruturada em bases corporativas, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano. Além disso, esse período é caracterizado pela exclusão de parcela expressiva da população, pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado (Machado; Lima; Baptista, 2017). Apesar da criação do Ministério da Saúde, em 1953, não alterou a dualidade entre esses serviços (Giovanella; Mendonça, 2012).

Durante a década de 1970, o agravamento da crise econômica evidenciou as limitações da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais que, sem a oferta de acesso a bens públicos, se expressava em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas (Giovanella; Mendonça, 2012). Somados a isso, a busca de alternativas para a crise da saúde durante a ditadura militar instigou a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (Pereira *et al.*, 2022).

Desse modo, a reorganização dos serviços básicos se inscreveu no projeto de RSB, no processo de democratização do país (Giovanella; Mendonça, 2012). As discussões para a adesão às propostas da APS tiveram início na década de 1970, acompanhando o movimento internacional (Matuda; Aguiar; Frazão, 2013), motivados pelos ideais expostos pela Declaração Alma-Ata (Pereira *et al.*, 2022).

Nessa conjuntura, emergiram as primeiras experiências de medicina comunitária desse período, sob influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio das universidades assinalaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS (Lavras, 2011). Ressaltam-se a experiência de Montes Claros, que serviu de base para programas de extensão de cobertura e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) no Nordeste, que promoveu uma expansão da rede ambulatorial ao ser estendido para todo o país (Conil, 2008).

Em 1982, o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) rompeu a tendência centralizadora na formulação de políticas a partir do nível federal e abriu espaços para experiências locais, como o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinha como propósito organizar os serviços básicos municipais baseados em convênios entre as três esferas de governo. As AIS, tomadas como estratégia em 1985, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde - Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), secretarias estaduais e municipais de saúde a definir ações locais unificadas (Giovanella; Mendonça, 2012).

Nota-se que, no movimento sanitário, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, envolvendo os profissionais de saúde, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos no debate das propostas sobre: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006).

Esse processo se consolidou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco para a mudança da saúde pública, realizada em 1986 em Brasília, Distrito Federal, que debateu temas fundamentais para atender, no texto constitucional, em grande parte as reivindicações do movimento sanitário (Bravo, 2006). Essa Conferência veio com a prerrogativa do acesso à saúde universal, integral e equânime, também defendia a promoção da saúde e a APS (Pereira *et al.*, 2022).

O relatório dessa CNS estabeleceu a unificação do sistema de saúde, com definição do conceito ampliado do processo saúde-doença, além das bases financeiras do sistema. Naquele momento foram priorizados a garantia de uma proposta ampla de reformulação do sistema de saúde, não enfatizando a APS como estratégia de reorganização da atenção à saúde. Nesta direção, em 1987, as AIS são substituídas pelos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), a fim de contribuir para a conformação de um sistema descentralizado e com comando único; no contexto desse sistema o modelo de atenção à saúde ficou em segundo plano (Sena; Santos, 2017).

As tensões trazidas pelo Suds receberam, em 1988, a discussão e promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF88) numa época de instabilidade

econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava (Paim *et al.*, 2011). A CF se apresenta como marco da política social², especialmente da saúde³, que representou uma redefinição do arranjo federativo brasileiro, por um lento e complexo processo de transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo federal para estados e municípios (Bichir, 2010).

Inspirada no Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*) e na social-democracia europeia, tem como referência histórica o Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra, onde se estabeleceu um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania. Ao se considerar a saúde como política social, assume-se que é direito inerente à condição de cidadania e sua garantia se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado (Fleury; Ouverney, 2012).

A sociedade financia com seus impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar. O Estado define normas e obrigações, recolhe os recursos e os aloca em programas e ações, cria estímulos para produção de bens e serviços, cria serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O mercado produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos (Fleury; Ouverney, 2012).

Nesta perspectiva, a saúde como direito fundamental do ser humano, assegurado pelo Estado conforme o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, é expressada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

² A política social são ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social, abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, que são os campos clássicos do bem-estar social, além de outros campos como a educação e habitação (Fleury; Ouverney, 2012).

³ A política de saúde é entendida como decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento. As políticas tem por finalidade a transparência da ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos (Fleury; Ouverney, 2012).

O SUS é definido pelo artigo 198 como ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade (Brasil, 1988).

No período pós-constituente, apesar do cenário econômico instável, marcado pela hiperinflação, foi possível iniciar a implantação do SUS e aperfeiçoar os instrumentos legais de gestão (Bittencourt; Vilela; Nunes, 2011). A implantação do SUS esbarrou em diversos obstáculos. Nos anos 1990, o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal, no Governo Collor, impôs constrangimentos à lógica da Seguridade e à expansão de políticas sociais universais (Machado; Lima; Baptista, 2017).

O SUS foi implantado em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde - Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, constituído de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

A Lei n.º 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei regula as ações de saúde, executadas pelo Estado por meio de políticas econômicas e sociais, em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS. Também aponta para a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB/CIT), reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS, bem como para os determinantes e condicionantes à saúde, como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990a).

A Lei n.º 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas. Além disso, esta

lei passou a regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre as três esferas de governo (Brasil, 1990b).

Desse modo, a promulgação da CF88 e a criação do SUS consolidou o processo de descentralização da saúde e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro (Campos, 2006). O processo de descentralização da gestão fez com que o MS adotasse mecanismos indutores, os quais transferiam a responsabilidade da atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da 'assistência básica', organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população (Giovanella; Mendonça, 2012). Apesar do respaldo legal do SUS, a racionalização prática dos recursos e a reorientação do sistema ainda não faziam parte da conjuntura legal (Bittencourt; Vilela; Nunes, 2011).

A fim de resolver essas lacunas foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), objetivando implantar o SUS de maneira a se fazer cumprir suas diretrizes e princípios. Destaca-se que, neste processo, o termo Atenção Básica passou a ser empregado como referência aos serviços municipais ambulatoriais de primeiro nível. A preferência por esse termo pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados (Giovanella; Mendonça, 2012).

Salienta-se que as Políticas Nacionais de Atenção Básica (Brasil, 2011a; Brasil, 2017a) considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções; porém, neste estudo, adotou-se como forma de padronização o termo Atenção Primária à Saúde. No próximo subitem apresenta-se os principais momentos da trajetória da APS na agenda nacional.

1.2.1 A Inserção da Atenção Primária à Saúde na Agenda Pública Brasileira

Este subitem aborda a inserção da Atenção Primária à Saúde nas agendas de Governo Federal, com ênfase nos principais avanços e retrocessos na sua trajetória no sistema de saúde brasileiro.

A APS ganha posição de destaque na agenda nacional, em 1991, com a criação em caráter emergencial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), com a finalidade de dar suporte à

assistência básica. Inicialmente o Programa foi implantado nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendeu às demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação (Sena; Santos, 2017; Giovanella; Mendonça, 2012).

Os anos do Governo Itamar Franco (1993-1994) foram de interseção de interesses e coligações políticas. O debate da Seguridade Social foi reinaugurado na perspectiva de revisão dos compromissos assumidos em 1988. Embora nesse período a interrupção do repasse de recursos fez com que o setor de saúde decretasse, em 1993, “situação de calamidade pública”, foram encaminhadas políticas importantes, em especial no que concerne à descentralização (Machado; Lima; Baptista, 2017).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, foi um reflexo de diversas políticas implementadas, buscando garantir uma oferta mais eficiente e mais equitativa de saúde (Andrade *et al.*, 2015). De acordo com Paim *et al.* (2011), no início foi um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantil a populações mais carentes ou de alto risco. Apesar disso, a ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde, para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas, foi sua característica inovadora.

A partir de meados da década de 1990 teve um importante incremento de serviços da APS, incentivados pelo MS por meio da habilitação dos municípios a distintas modalidades de gestão do sistema de saúde e de financiamento diferenciado, estabelecidos na NOB-SUS96 (Spedo; Rodrigues; Tanaka, 2010). Destaca-se a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) como medida do governo para operacionalizar a prioridade ao atendimento básico em saúde. Esse incentivo se constituiu em importante mecanismo para viabilizar o PSF, apresentado como estratégia para mudança do modelo de assistência à saúde no país (Bodstein, 2002).

Em 1997, o PSF foi alçado a Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando modificar o enfoque seletivo para uma abordagem integral do indivíduo, reorientar o modelo assistencial e a organizar os serviços de saúde em redes regionalizadas e

hierarquizadas, incorporando os princípios do SUS⁴ (Silva; Garnelo; Giovanella, 2010).

Com proposições para melhorar e qualificar a resolutividade da APS nos municípios, a edição das Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS) pelo Governo Federal, em 2001 e 2002, buscou reforçar a APS como central na política nacional de saúde, mediante a identificação de áreas estratégicas de atuação. Essas normativas tinham como foco central a constituição de mecanismos indutores à construção de sistemas regionalizados e integrados de serviços de saúde (Sena; Santos, 2017).

Nesse período, no Governo Fernando Henrique Cardoso, verifica-se que na saúde houve inovações institucionais na regulamentação e financiamento, além de avanços referente à expansão de programas específicos e da cobertura dos serviços descentralizados. Na contramão deste processo, as políticas macroeconômicas, a agenda de reforma do Estado hegemônica e a coalizão de forças políticas predominantes não foram favoráveis à superação de problemas estruturais do SUS (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Em 2003, no primeiro mandato do Governo Luiz Inácio Lula da Silva, visando reforçar à reorientação do modelo de atenção, foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (ESF), com o propósito de qualificação da APS por meio da avaliação (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Neste contexto, para consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção primária, em 2006, levou à apresentação de uma nova portaria ministerial com a proposta do Pacto pela Saúde (Borges, Baptista, 2010). Publicado na Portaria n.º 399, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006a).

⁴ Os princípios do SUS, de acordo com a Lei n.º 8.080, são: a universalidade, a integralidade e a equidade (Brasil, 1990a).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em estabelecer metas em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores do SUS e dos demais atores envolvidos com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabelece normas para a gestão do sistema no que tange à Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Brasil, 2006a).

Com o Pacto pela Saúde, os estados e municípios passaram a receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção da Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (Paim, 2015; Brasil, 2006a).

Neste mesmo ano, o MS editava a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Essa política ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira passando a ser entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados, cuja função é ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a integralidade e a longitudinalidade da atenção e a coordenação dos cuidados – atributos essenciais da APS (Brasil, 2006b; Giovanella; Mendonça, 2012).

A PNAB 2006 aponta que a APS possui como estratégia prioritária para sua organização à Saúde da Família, conforme os preceitos do SUS, a partir dos seguintes fundamentos: acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, em consonância com o princípio de equidade; a efetivação da integralidade com articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento, reabilitação, trabalho em equipe e coordenação do cuidado; o vínculo e continuidade das ações de maneira longitudinal; a valorização profissional; o planejamento, programação, avaliação e acompanhamento sistemático das ações; e o estímulo a participação popular e controle social (Brasil, 2006b).

Ainda sinaliza que, para a implantação das ESF, é necessário a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes, com jornada de trabalho para os profissionais de

40 horas semanais e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem e ACS. Este deve compor as equipes em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por profissional. No que se refere à saúde bucal, para integrar ao trabalho desenvolvido pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, são necessários: cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal (Brasil, 2006b).

Para ampliar a resolutividade das eSF, em 2008 o MS passou a incentivar financeiramente a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das eSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade (Giovanella; Mendonça, 2012).

Embora no governo Luiz Inácio Lula da Silva os programas adotados e as iniciativas tenham sido relevantes para a expansão da cobertura e escopo das ações em áreas críticas, problemas estruturais do sistema de saúde não foram adequadamente enfrentados no período. Porém, em 2010, deixa o governo com altíssima aprovação nacional e reconhecimento internacional, logrando eleger sua sucessora Dilma Rousseff, que se defrontou com um contexto econômico e político menos favorável (Machado; Lima; Baptista, 2017).

No ano seguinte, Lei n.º 8.080 é regulamentada por meio do Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. A referida legislação delimitou conceitos importantes, como: Região de Saúde; Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Mapa da Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (Brasil, 2011b).

De acordo com esse Decreto, as regiões de saúde devem ser instituídas pelo estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na CIT, desde que contenham, no mínimo, as seguintes ações e serviços: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (Brasil, 2011b).

Buscando preservar a centralidade da ESF e consolidar uma APS forte, também em 2011 ocorreu a primeira revisão da PNAB (Brasil, 2011a). Apesar disso, cabe destacar que coexiste no Brasil dois principais modelos de APS: a ESF e o modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS). A ESF segue o preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. As UBS contam em

suas equipes com médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Nesse modelo, o atendimento se dá por demanda espontânea e/ou encaminhada por outros serviços (Elias *et al.*, 2006).

A PNAB 2011 manteve a essência de 2006 e introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção primária, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, ampliação das ações do NASF, a introdução de novos arranjos de equipes, a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Além de reconhecer as especificidades da equipe e necessidades diferenciadas dos moradores de rua e populações ribeirinhas, trouxe uma nova perspectiva de ação intersetorial por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) (Almeida *et al.*, 2018a).

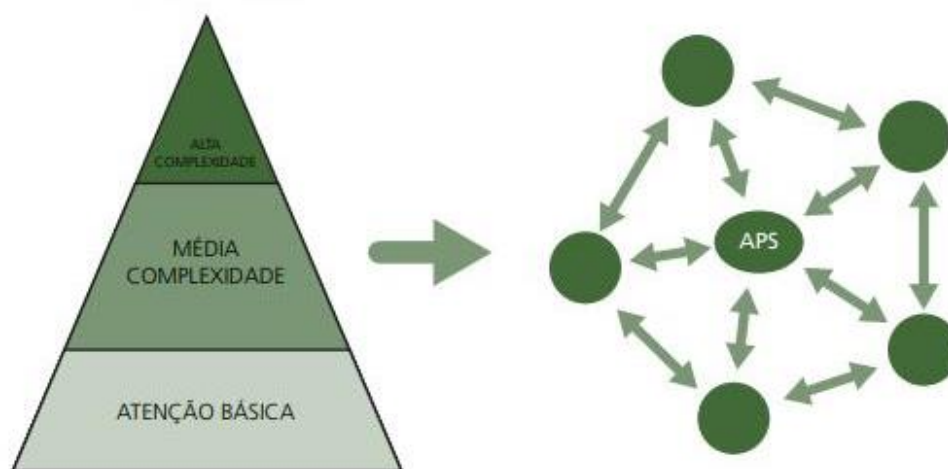
Nos aspectos conceituais, a PNAB 2011 inova ao reconhecer que a Atenção Primária à Saúde se articula com outros serviços por meio de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵. Essa política define a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (Fontenelle, 2012; Brasil, 2011a).

Segundo Mendes (2015), a implantação de RAS contribui para superar a incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente. São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem oferecer uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS (Mendes, 2011).

A concepção do sistema hierárquico remete ao tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. As redes poliárquicas de atenção à saúde são aquelas em que se respeita as diferenças nas densidades tecnológicas, rompendo-se as relações verticalizadas, conformando-se sob a forma de rede horizontal (Mendes, 2011). As RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS, conforme a Figura 2.

⁵ A Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2010).

Figura 2 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquico para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 abr. 2021.

A partir da publicação da PNAB de 2011, outros programas e ações foram modificados ou instituídos na APS, como o Programa Mais Médicos (PMM), as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outros. Apesar disso, persiste o desafio da baixa resolubilidade dos serviços (Almeida *et al.*, 2018a).

Em 2016, as indefinições e instabilidades da política de saúde somadas ao agravamento da crise política culminou com o afastamento temporário seguido do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff. Destaca-se, nesse contexto, o lançamento de propostas que fragilizam ainda mais a base financeira do SUS e fortalecem os mercados em saúde (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Michel Temer, que assumiu o Governo após *impeachment* de 2016, fortaleceu um processo que estava em curso, radicalizando a oposição ao SUS e buscando a sua substituição por um sistema de saúde segmentado, fragmentado e americanizado. No plano estrutural, a financeirização invade o setor saúde no sentido contrário ao SUS (Paim, 2019).

Nesse período, a Emenda Constitucional n.º 241, de 15 de dezembro de 2016, gerou mais subfinanciamento do setor saúde, propondo um novo regime fiscal com limite dos gastos federais. Nessa regra, implica-se um congelamento das despesas

do Governo Federal, que visa o corte de gastos públicos, tendo como referência o ano de 2017, recebendo apenas correções de acordo com as alterações inflacionárias. A possibilidade de aumento nos gastos para saúde existe, porém deve ser feita somente a partir da redução de gastos primordiais, nos quais o setor saúde não se enquadra, causando grande impacto no setor social e na diminuição do Estado como protetor social (Morosini; Fonseca; Lima, 2018). Essa Emenda representa uma intervenção voltada para um “SUS reduzido”, o que compromete a universalização e a expansão de serviços públicos (Paim, 2019).

Diante dessas repercussões políticas, ganha destaque na agenda nacional uma nova revisão da PNAB, revogada na esteira de uma conjuntura bastante obscura para os direitos sociais no Brasil (Couto; Mendes, 2022). Publicada pela Portaria n.º 2436 de 21 de setembro de 2017, suscitando críticas de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram a revogação da prioridade dada à ESF na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da APS, em um contexto de retração do financiamento da saúde, demonstrando preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo baseado na ESF (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A PNAB 2017 ocasionou importantes discontinuidades com os textos normativos anteriores. Ressalta-se que, entre 2016 e 2018, o MS era conduzido por Ricardo Barros, defensor da implementação de planos privados de saúde de baixa cobertura (Couto; Mendes, 2022). Nessa PNAB, a Saúde da Família é reafirmada como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, porém incentiva outras estratégias de organização, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nessa portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em ESF (Brasil, 2017a). Essa perspectiva é apontada por Morosini, Fonseca e Lima (2018) como característica marcante no texto da nova PNAB, a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da APS, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais e regionais.

De acordo com Silva *et al.* (2021), ao se aceitar outra configuração de estratégia para APS, como a Equipe de Atenção Básica (eAB), aceita-se também o

retrocesso no cuidado em saúde. A atenção à saúde deixa de ser longitudinal e prestada por uma equipe multiprofissional e passa a ser prestada por categorias profissionais isoladas, sem a obrigatoriedade de se ter mais todos os profissionais durante a semana toda na unidade. Na eAB, há uma previsão de cumprimento de 40 horas semanais para a equipe como um todo, mas não com obrigação de 40 horas para todos os membros da equipe, podendo ter um médico com apenas 10 horas de trabalho na equipe, desde que a unidade funcione 40 horas semanais. Essa mudança compromete a integralidade da atenção à saúde e a universalidade do acesso, pela ausência do profissional na unidade.

O componente multiprofissional, conforme Giovanella, Franco e Almeida (2020), também é enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal aos NASF, sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição dessas equipes. Essa iniciativa rompe com a ótica que os NASF foram concebidos: interprofissionalidade, matriciamento, educação permanente, comunicação, planejamento conjunto, decisões, saberes e responsabilidade compartilhados, para uma maior resolutividade do cuidado.

A descaracterização do ACS é apontada por Pereira *et al.* (2022) como um dos principais destaques de risco que fortalece as desigualdades de acesso e rompe a integridade do cuidado à saúde. A nova PNAB discorre sobre o fim da obrigatoriedade da cobertura universal dos ACS, sendo recomendada a cobertura de 100% em populações com número máximo de 750 pessoas por ACS em áreas de vulnerabilidade social, em áreas de risco e em áreas de grande dispersão territorial. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (Brasil, 2017a).

Além da alteração no quantitativo dos ACS nas eSF, houve aumento das suas atribuições e a sua integração com o Agente de Combate a Endemias (ACE) e inclusão de padrões diferenciados para as ações e os serviços de saúde. Almeida *et al.* (2018a) pondera a relevância de refletir sobre a ampliação das atribuições dos ACS, tendo em vista que é a agenda da própria categoria que pleiteou junto ao Congresso Nacional tais dispositivos.

Referente às ações e serviços da APS, os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica

no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definidas a partir de suas especificidades locorregionais (Brasil, 2017a).

Neste aspecto, para Morosini, Fonseca e Lima (2018), a PNAB 2017 projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, tendendo a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva. Ao passo que Almeida *et al.* (2018a) destacam que na agenda de revisão dessa PNAB, “carteira de serviços”, foi incorporada com base em informações produzidas pela avaliação da APS realizada no país, que evidenciou a falta de oferta por uma parcela expressiva das equipes de saúde de ações consideradas essenciais e típicas desse modelo de atenção.

Outra mudança na PNAB 2017 está relacionada ao reconhecimento do papel do gerente de APS, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local, de acordo com a avaliação do gestor, e com apoio financeiro federal. Trata-se de um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações, que não seja integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na APS (Brasil, 2017a).

Em relação à criação do cargo de gerente de unidade de saúde, Silva *et al.* (2021) explicitam preocupação quanto à possibilidade de sua ocupação por um profissional sem formação na área, o que pode ser prejudicial pela falta de conhecimento técnico específico e habilidade de gestão. Essa função vinha sendo desempenhada pelo enfermeiro, que acumulava durante a sua formação a competência para coordenação e comando das equipes, integrando administração e os protocolos de atendimento. A figura do gerente da unidade de saúde a princípio favorece a organização do serviço na APS, entretanto, sem a necessidade de formação na área, diminui a qualidade do serviço.

Quanto ao financiamento, Morosini, Fonseca, Lima (2018) destacam fundindo em um bloco único todas as receitas de custeio dos municípios, sob a premissa de que as movimentações financeiras seriam mais rápidas e ocorreria uma agilização no processo; a PNAB 2017 possibilitou ao governante direcionar os recursos para custeio de maneira arbitrária. Desta forma, alguns setores da saúde, como a própria APS,

poderão ser prejudicadas pelo subfinanciamento, quando o gestor desvincular parte da sua receita para áreas de maior interesse e/ou visibilidade política.

A conjuntura neofascista no Brasil, no governo Michel Temer, culminou na eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018 (Couto; Mendes, 2022). No ano de 2019, foram realizadas mudanças na APS, iniciadas com a criação de uma Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps). A primeira ação para a ampliação do acesso à APS implementada pela Saps foi o programa Saúde na Hora, que incentiva a ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde com três ou mais eSF (Brasil, 2020a).

A secretaria também desenvolveu a carteira de serviços da APS, que lista os serviços considerados essenciais para as equipes que atuam no âmbito da APS, incentivou financeiramente o uso de prontuário eletrônico, financiou novas modalidades de equipes de atenção primária com carga horária de 20h ou 30h, criou o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e reformou a base do financiamento federal da APS (Brasil, 2020a).

Relacionado aos incentivos para o Saúde na Hora, Giovanella, Franco e Almeida (2020) apontam que a transformação das UBS, nos municípios de médio e grande porte, em unidades de pronto atendimento, descaracteriza seu processo de trabalho e organização das ações. A abertura à contratação de plantonistas pode comprometer atributos da APS, como a “Longitudinalidade” e ‘Coordenação do Cuidado’. A proposta isolada, sem desenho de articulação com a rede de urgências, direciona a atenção às demandas agudas e manejo de doenças, com monitorização de casos graves à espera de transferência. Alerta-se também para a possibilidade de concentração das equipes nas áreas centrais dos municípios, perdendo-se a capilaridade da ESF nas comunidades, rompendo com o princípio da universalidade do SUS. O enfraquecimento do enfoque territorial comunitário afeta os atributos derivados da APS que balizam como o cuidado em saúde deve ser desenvolvido.

Referente ao PMB, no eixo de provisão de profissionais em zonas remotas e desfavorecidas, não são considerados o componente de intervenção na graduação médica e ampliação das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e a melhoria da infraestrutura das UBS. A omissão a outros planos de formação para ESF indica que a reorientação para a prática médica na APS não será fomentada e a manutenção dos atuais programas de Residência Médica em MFC será dificultada pela proposição de formação restrita a um curso de especialização, o qual a tutoria

pode ser exercida por clínicos, e não médicos de família e comunidade (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Sobre o Programa Previne Brasil, foram apresentados argumentos para justificar a nova política de financiamento, como: atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais; alcançar os grupos mais vulneráveis; e garantir custo-efetividade na política de atenção básica. Nessa política, extingue-se o PAB fixo e adotam-se como critérios para sua orientação: a capitação ponderada; o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas. A ênfase na pessoa cadastrada ou assistida agrava a ruptura com o princípio da universalidade e evoca a ideia de cobertura universal, promovendo um modelo de APS focalizante (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

No que concerne à Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), é um documento que responde a uma orientação contida na PNAB 2017, que estabeleceu, nas suas diretrizes sobre funcionamento das unidades de saúde, a necessidade de definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso. Trata-se de um documento orientador para os serviços de APS no Brasil (Brasil, 2020b).

Destaca-se que o gestor municipal tem autonomia para adequar (acrescentando, retirando ou reformulando) itens na Carteira de Serviços, de acordo com as necessidades e condições locais, e adaptar a oferta nacional para a realidade do município. Os procedimentos e ações a serem realizados devem estar em consonância com as regulamentações específicas dos conselhos profissionais e as habilidades individuais, sendo mote para a organização e a identificação de treinamentos adicionais necessários a serem ofertados aos profissionais (Brasil, 2020a).

No contexto de subfinanciamento histórico e o processo de desfinanciamento do SUS, em 2020, o mundo assiste a crise sanitária do coronavírus, comprometendo a capacidade instalada para o enfrentamento da pandemia. Ao ser declarado estado de calamidade pública em 2020, em função da pandemia, houve suspensão da regra do teto de gastos da EC nº 95/2016, retornando no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2021, porém sem considerar naquele ano a intensificação da pandemia com as novas variantes do coronavírus (Mendes; Carnut; Melo, 2023).

A pandemia por Covid-19, no mundo e no Brasil, evidenciou a necessidade de um sistema de saúde pública eficiente, inclusivo, regulado pelo Estado e acessível

a todos. Nesta perspectiva, o desafio do governo Luiz Inácio Lula da Silva (2023-2026) na saúde é a retomada do processo de consolidação do SUS para a efetivação de seus princípios constitucionais. Porém, a condução democrática da política nacional de saúde é retomada e o protagonismo político do MS como autoridade sanitária nacional gradualmente é reassumido (Giovanella *et al.*, 2023).

Dessa forma, em 2023, observam-se estratégias, como o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes Multiprofissionais na APS (eMulti)⁶ (Brasil, 2023a) e a nova regra fiscal que será implementada pelo governo nos próximos anos, com uma proposta flexível e crível, que substituirá o teto de gastos (Brasil, 2023b); o retorno do PMM e a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde (BRASIL, 2023c).

Ao finalizar este item, quanto às políticas e estratégias implementadas no país frente a APS, concorda-se com Paim (2019) quando afirma que o maior desafio continua sendo político, balizando a pertinência de construir uma identidade em torno do direito à saúde. Diante disso, a avaliação da APS possibilita discussões sobre sua capacidade resolutiva e sua efetividade, além de fornecer respostas sobre as políticas e os programas para abrir espaço a reestruturações alinhadas às reais necessidades dos indivíduos e da coletividade (Vasconcelos *et al.*, 2018).

No subitem seguinte, apresenta-se a ferramenta de avaliação dos atributos da APS que possa apoiar a formulação de políticas de saúde e estratégias que contribuam para o fortalecimento da atenção à saúde da população.

1.2.2 O PCATOOL: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde

O objetivo deste subitem é destacar as medidas indutoras para a avaliação no SUS como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Previne Brasil, além de apresentar o principal instrumento para a avaliação da APS adotado pelo MS, o PCATool.

A avaliação está presente desde o princípio da história, mas somente após a Segunda Guerra Mundial o conceito de avaliação de políticas e programas no setor

⁶ Entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde – RAS (Brasil, 2023a).

público emergiu. Devido à natureza híbrida dos objetivos da avaliação, tende a reproduzir uma diversidade de maneiras de delimitá-los e analisá-los (Teston *et al.*, 2021).

No Brasil, até os anos de 1970, a prioridade de avaliação foi nas áreas de saúde e educação, ainda que restritas a medir o alcance das metas estabelecidas e a adequação dos meios para a obtenção dos objetivos dos programas. Nas demais áreas da política social, a avaliação era descontínua, pois, na maioria das vezes, não era exigida. No campo social, a avaliação ganha maior incremento na produção de conhecimentos, intensificando-se nos anos de 1980 devido às exigências das agências financeiras internacionais de estudos que verificassem a eficácia dos programas sociais implantados para liberação dos recursos (Fagundes; Moura, 2009).

Nessa conjuntura, os desafios da avaliação se apoiam no plano econômico na busca de soluções que promovam o aumento da rentabilidade na aplicação dos recursos e na necessidade de contribuir no processo de democratização com a finalidade de uma melhor distribuição de riquezas e poder (Gomes, 2001).

Na perspectiva de cidadania, a avaliação pode se constituir em instrumento eficaz para controle social das políticas sociais. O termo avaliação significa valor, esforço de apreciar efeitos reais, determinando o que é bom ou ruim. Trata-se de um julgamento valorativo, assim não é um ato neutro nem exterior às relações de poder, mas é um ato político que integra o contexto de um programa público, exigindo postura de objetividade e de independência, sendo, por natureza, uma atividade interdisciplinar (Silva, 2001).

Para Contandriopoulos (2006), avaliar consiste em aplicar um julgamento de valor por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a intervenção ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos envolvidos se posicionarem e construírem, individual ou coletivamente, um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Dessa forma, avaliação refere-se ao esforço analítico de produzir informação e conhecimento para desenho, implementação e validação de programas e projetos sociais. Tem como objetivo aperfeiçoar as intervenções, seja no cumprimento dos objetivos explicitados no programa (eficácia), nos impactos sociais proporcionado pelo programa (efetividade), seja nos custos condizentes com a escala e complexidade da intervenção (eficiência) (Jannuzzi, 2016).

Avaliar em saúde incide na prática voltada à busca de qualidade que possibilita enxergar na realidade indicadores reais da situação de saúde, permitindo também a intervenção local por meio de normas e critérios bem definidos (Souza *et al.*, 2019). Trata-se de uma ação que permite uma intervenção em uma dada realidade, possibilitando relacionar práticas e necessidades de saúde em seus diversos níveis de complexidade (Antunes *et al.*, 2016).

Assim, ressalta-se a importância da avaliação, reafirmada como responsabilidade das três esferas de governo na PNAB 2017, de acordo com o Art. 7º, Incisos: XI – “planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da APS nos territórios” e VII- “estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na APS, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde” (Brasil, 2017a).

Neste contexto, o PMAQ, criado por meio da Portaria n.º 1.654/2011, objetivando promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Entre as diretrizes, destacam-se construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da APS, considerando as diferentes realidades de saúde; estimular o processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da APS (Brasil, 2011f).

O PMAQ foi organizado em quatro fases que se complementam, compondo um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da APS:

1. Contratualização (formalização da adesão das equipes e dos municípios com o MS);
2. Refere-se ao desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional);
3. Consiste na avaliação externa (levantamento de evidências do desempenho das equipes de saúde e gestão da APS por instituição de ensino ou pesquisa - infraestrutura e insumos, entrevista com profissional da equipe, documentos da unidade, entrevistas com pacientes);
4. Relaciona-se a recontratualização, fase que se caracteriza pela repactuação das metas e dos indicadores para cada equipe, fechando o ciclo de qualidade do PMAQ (Brasil, 2011f).

Essa proposta de avaliação, com a aplicação de um incentivo financeiro variável de acordo com desempenho, teve o grande mérito de fomentar a cultura da autoavaliação das eSF (Brasil, 2020a). Porém, foi substituída em 2019 pelo Programa Previne Brasil, alterando a lógica de financiamento ao promover o pagamento por desempenho a partir de um conjunto de indicadores a serem monitorados e avaliados no cotidiano das equipes de saúde da família. Em 2020, o MS indica o PCATool como o principal instrumento de avaliação da APS no SUS (Oliveira *et al.*, 2023).

O PCATool é um instrumento desenvolvido pelo The Johns Hopkins Primary Care Policy Center para medir a extensão e qualidade dos serviços de cuidados primários, designada pelos usuários como a sua principal fonte de cuidados. Os instrumentos incluem versões para pesquisa com profissionais de saúde, com gestores, com adultos e com o responsável pelas crianças, baseadas em respostas autorreferidas dos pacientes ou fornecedores (Shi; Starfield; Xu, 2001).

Esse instrumento foi criado com base no modelo proposto por Donabedian (1966), em que a qualidade é medida por meio dos aspectos estruturais (corresponde aos instrumentos, recursos e às condições físicas e organizacionais), processuais (corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes) e de desfechos dos serviços de saúde (refere-se às mudanças verificadas no estado de saúde das pessoas e as relacionadas aos conhecimentos e comportamentos e a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado). O autor propõe que as três dimensões sejam avaliadas em conjunto e que se atente para a relação de causalidade entre elas.

De acordo com Hauser *et al.* (2013) o PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, incluindo Brasil, Espanha, Canadá, Coreia do Sul, Hong Kong e Argentina, entre outros, com diferentes sistemas de saúde. No Brasil, foram realizadas duas adaptações distintas e avaliação da validade e fidedignidade por meio de processos diferentes. A adaptação realizada por Harzheim *et al.* (2006) foi realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mantendo o formato original do instrumento, e avaliou a validade e a fidedignidade das versões usuários crianças e usuários adultos. A adaptação desenvolvida por Almeida e Macinko (2006) foi utilizada em Petrópolis, Rio de Janeiro, e resultou na validação das versões usuários crianças, usuários adultos e profissionais de saúde.

Cada versão do instrumento para adaptação à realidade brasileira passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de

conteúdo e de construto, traduzido como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil. Os itens PCATool são respondidos utilizando a escala Likert, com valores de 1 a 4, para calcular um escore médio de cada componente, podendo ser transformados para valores variando de 0 a 10, para facilitar a leitura dos resultados. O ponto de corte do escore em 6,6, o que implica em estar presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS (Brasil, 2020a).

Neste estudo, para a identificação da presença e extensão dos atributos da APS na atenção à criança foi utilizado o instrumento PCATool – Brasil Criança, versão extensa (Brasil, 2020a). Conforme Harzheim *et al.* (2006), a experiência dos cuidadores das crianças permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações. Os autores apontam a importância do uso do PCATool para a avaliação e pesquisa da ESF no Brasil, para a definição de políticas públicas relacionadas à prática da APS.

Estudo de revisão recente destaca a predominância da utilização do PCATool como instrumento para avaliar a APS (Oliveira *et al.*, 2023). Este instrumento, a partir da perspectiva do usuário, permite a avaliação de serviços de saúde. Utilizado, nacional e internacionalmente, com versões validadas para contextos locais permite a comparabilidade dos achados (D’Avila *et al.*, 2017). Estudo realizado por Fracolli *et al.* (2014) mostrou que, para avaliar os serviços da APS na realidade brasileira, o PCATool é o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF.

Estudo realizado na Coreia, utilizando o instrumento de Avaliação de Cuidados Primários Coreana, demonstrou que o serviço de saúde universitário obteve as maiores pontuações em ‘Primeiro Contato’, ‘Integralidade’, atendimento personalizado e ‘Orientação Familiar’/‘Comunitária’; as clínicas comunitárias para ‘Continuidade dos Cuidados’; e hospitais para ‘Coordenação do Cuidado’ e ‘Confiança/Satisfação’. A pontuação mais elevada foi para o serviço de saúde universitário, sugerindo que os cuidados primários baseados no ambiente e centrados no paciente seriam um modelo eficaz para a reestruturação do sistema de cuidados primários na Coreia (Cho *et al.*, 2020).

Evidencia no Vietnã, utilizando a versão vietnamita da Ferramenta de Avaliação de Cuidados Primários (VN PCAT-AE), apontou que os centros de saúde comunitários foram associados à mais elevada qualidade dos cuidados primários ($p < 0,001$), bem como pontuações elevadas em quase todos os domínios individuais da

qualidade dos cuidados primários experimentados pelos consumidores em comparação com outros tipos de instalações (Hoa *et al.*, 2019).

No Japão, estudo usando uma versão japonesa do PCATool (JPCAT) mostrou que todos seus domínios estavam positivamente associados à discussão antecipada do planejamento dos cuidados. Os escores dos domínios ‘Primeiro Contato’ e ‘Serviços Prestados’ foram significativamente associados ao cumprimento do planejamento (Aoki *et al.*, 2017).

Estudo brasileiro, utilizando PCATool-versão criança realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, mostrou que a atenção da criança na APS no Brasil está abaixo do padrão-mínimo de qualidade, obtendo um escore geral de 5,7. Dos responsáveis pelas crianças atendidas, 47,6% atribuíram nota 9 ou 10 para o serviço de saúde, 35,7% motivados pela atuação dos profissionais e 32,4% pela forma que as crianças foram acolhidas pelos profissionais (Brasil, 2022a).

Uma revisão sistemática referente ao desempenho dos serviços de APS em âmbito mundial, que utilizaram o PCATool como instrumento de avaliação, encontrou os seguintes atributos dos serviços de APS bem avaliados: ‘Competência Cultural’, ‘Utilização’ dos serviços e ‘Longitudinalidade’. Os atributos, ‘Acessibilidade’, ‘Integralidade’, ‘Orientação Familiar’ e ‘Orientação Comunitária’, apresentaram fragilidades. Verificou-se que boa parte dos serviços avaliados são brasileiros, sinalizando a necessidade de fortalecimento dos componentes processo e estrutura para melhor desempenho da APS (Prates *et al.*, 2017).

Estudo realizado no Maranhão avaliou os atributos essenciais e derivados da APS na perspectiva dos usuários e profissionais de 35 Unidades de ESF. Para os profissionais, o resultado foi satisfatório no escore geral (7,54), escore essencial (7,28) e escore derivado (8,02), exceto no atributo Acesso de Primeiro Contato. Os usuários avaliaram como insatisfatório todos os atributos. As divergências encontradas revelaram que as demandas da população não são atendidas nesse nível de atenção à saúde (Costa *et al.*, 2020).

No Paraná, evidência utilizando o PCATool Brasil, versão criança, demonstrou fraca orientação para APS no município estudado. O baixo índice de satisfação dos usuários com relação ao ‘Acessibilidade’ e ‘Serviços Disponíveis’ mostrou a necessidade de mudanças no modo de organização do processo de trabalho e da

oferta de serviços, apesar da APS ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde (Araújo *et al.*, 2018).

Estudo realizado em Minas Gerais concluiu que a assistência à saúde da criança ainda não atingiu plenamente os padrões de qualidade estabelecidos pelo PCATool. A ausência de consenso entre as percepções de usuários e profissionais foi atribuída à formação dos profissionais, à fixação deles nas equipes de ESF, à precarização das relações de trabalho, às diferenças nas expectativas de profissionais e usuários, à organização do processo de trabalho e à valorização de ações curativas em detrimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além de questões relacionadas ao financiamento e à gestão dos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2019).

Em Porto Velho, um estudo concluiu que o atributo 'Integralidade' está presente na atenção à saúde da criança, nas unidades estudadas, porém de forma fragmentada, evidenciada pelos baixos escores obtidos na avaliação dos familiares/cuidadores sobre os serviços disponíveis e serviços prestados às crianças, necessitando rever as prioridades nos cuidados desenvolvidos (Freitas *et al.*, 2020).

Estudo desenvolvido em São Paulo, por meio do PCATool-versão criança, mostrou baixos escores essencial (6,41) e geral (6,20), apresentando necessidade de melhorias nos serviços de APS, além de avaliações objetivando uma gestão qualificada e maior resolutividade na atenção à criança (Silva *et al.*, 2023).

Em um estudo multicêntrico no sul do Brasil, apresentaram grau de orientação satisfatório para APS os atributos: 'Utilização (9,4)', 'Integração de cuidados' (7,4), 'Sistema de Informações' (7,6) e 'Serviços Prestados' (6,9). Os menores escores foram observados nos atributos 'Acessibilidade' (4,8) e 'Serviços disponíveis' (6,5), destacando a necessidade de aumento da oferta de consultas, agilidade nos atendimentos e ampliação de recursos tecnológicos de comunicação (Dornelles *et al.*, 2023).

Essas evidências, justificam a adoção do instrumento PCATool para o desenvolvimento da pesquisa que resultou nesta tese. No segundo capítulo são contextualizadas as iniciativas governamentais voltadas à saúde da criança e são demonstrados alguns indicadores infantis que são reflexos das ações e estratégias implementadas no Brasil a esta população, permeados por avanços, mas também por desigualdades regionais e sociais.

CAPÍTULO 2 – ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

Neste capítulo apresenta-se uma abordagem histórica da atenção à saúde da criança no Brasil, destacando os desafios enfrentados, especialmente ao que tange à redução da mortalidade infantil. Na sequência, faz-se uma breve discussão e análise dos indicadores infantis a partir das Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019 e dos impactos da pandemia nesse grupo populacional e, por fim, aborda-se a avaliação da Atenção Primária à Saúde por meio do inquérito da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Contínua.

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS NO BRASIL

A criança, ao longo dos anos, ocupou diferentes posições na sociedade e vivenciou inúmeras transformações, além de ter enfrentado diversas situações de vida e de saúde para depois de muitos anos, finalmente, ser considerada sujeito social com características particulares. No século XI, a criança era mundialmente percebida apenas como um adulto em miniatura, sem características ou particularidades individuais, principalmente pelo fato de não possuir a linguagem bem desenvolvida (Araújo *et al.*, 2014).

Foi a partir do século XVII que a criança ocupa um espaço social, uma vez que as famílias passam a demonstrar sentimentos pelos infantes, porém preocupação com a saúde e o bem-estar da criança só é percebido pela sociedade a partir do século XX (Araújo *et al.*, 2014). Inicialmente, a criança era considerada uma questão de higiene pública e de ordem social (Faleiros, 2005).

Na década de 1920, as autoridades públicas e privadas passaram a demonstrar preocupação com o adoecimento infantil. Nesse período, se a criança fosse dependente dos trabalhadores das indústrias, as mesmas recebiam assistência de acordo com as propostas impostas pelos médicos contratados por proprietários destas indústrias, período que também iniciam-se discussões a respeito do aleitamento materno, com a meta de reduzir o adoecimento infantil para que suas mães cumprissem com a jornada de trabalho proposta nas indústrias (Araújo *et al.*, 2014).

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência remontam à criação do Estado Novo, pelo Presidente Vargas, cujas

atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1940, as atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado por meio do Decreto-Lei n.º 2.024 de 17 de fevereiro de 1940 (Brasil, 2011c).

O DNCr desenvolvia ações como: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização. Este Departamento coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, desenvolvendo atividades com o objetivo de normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil (Brasil, 2011c). A proposta aludia em participação ativa da sociedade, sobretudo de médicos, professores, autoridades públicas e mulheres (Santos; Resegue; Puccinia, 2012).

Até o início da década de 1950 a atenção à criança, especialmente no âmbito urbano, manteve-se com o caráter normativo e progressivamente assumia maior importância em razão do desenvolvimento industrial. Nesse período o hospital assume posição central na prestação de assistência à saúde, definindo-se como o local de encontro de diversas especialidades médicas (Santos; Resegue; Puccinia, 2012).

Em 1953 ocorreu o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde e, em 25 de julho de 1953, foi instituído o Ministério da Saúde, que incorporou e assumiu as ações até então de responsabilidade do DNCr. Destaca-se, em 1969, a extinção do DNCr e a criação, em 1970, da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), tendo como proposta o planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (Brasil, 2011c).

Em 1973, diante do contexto da crise sanitária, com altas taxas de mortalidade de crianças por doenças imunopreveníveis (Marinho; Ferreira, 2021), foi lançado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) com o objetivo de coordenar as ações de imunizações, até então de caráter episódico e de cobertura reduzida (Esperidião *et al.*, 2016).

Com a finalidade de contribuir para a redução da morbimortalidade da mulher e da criança, em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. A política implantada visava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil,

ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à criança menor de 5 anos e à mulher durante o ciclo gravídico puerperal (Brasil, 2011c).

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (Dinsami). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a Dinsami tornou-se o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (Brasil, 2011c). Além disso, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) possibilitou uma melhora quanto a oferta dos serviços de saúde, considerando que até aquele momento a assistência oferecida à população se limitava ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (Marinho; Ferreira, 2021).

A emergência de programas materno-infantis, na década de 1970, configurou-se como uma das tentativas de racionalizar e implementar políticas sociais que respondessem, de alguma forma, aos movimentos populares por saúde (Santos; Resegue; Puccinia, 2012). As políticas implantadas tiveram pequeno alcance, apesar de reafirmar a importância da saúde materno-infantil por meio da influência dos movimentos da medicina preventiva e comunitária, uma vez que o modelo assistencial vigente se conformava pela divisão entre a saúde pública e a assistência médica individual com forte exclusão social (Esperidião *et al.*, 2016).

De acordo com Araújo *et al.* (2014), na perspectiva de mudança na assistência à saúde da criança no país e em busca do cuidado integral, por volta dos anos de 1980, identificou-se como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças. Também, na década de 1980, em contrapartida às lutas trazidas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, surge o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que tinha a finalidade de incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce.

Com vistas a melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde, em 1983, o MS, por meio da Dinsami, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (Paismc). Esta ação integrada foi substituída, em 1984, por programas específicos para a saúde da mulher e da criança: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc). Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais

objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (Brasil, 2011c).

O Paisc, um marco no Brasil, considerando que foi o primeiro programa estatal voltado à atenção à saúde da criança, com objetivo de promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. As ações abrangiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; imunização; controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (IRAs) (Araújo *et al.*, 2014).

Dessa forma, a saúde infantil torna-se mais proeminente na agenda pública e dos programas verticais de saúde implementados. Em detrimento a isso, verificou-se que os coeficientes de mortalidade caíram, os quais apresentavam taxas elevadas, 115 e 83 mortes por 1.000 nascidos vivos (NV), nos anos 70 e 80, respectivamente. Assim, a redução da mortalidade infantil passou a ser um dos objetivos centrais do desenvolvimento, compromisso assumido nas três esferas de governo (Victora *et al.*, 2011).

Nas décadas de 1980 e 1990, houve muitas conquistas sociais no âmbito da saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990, as quais contribuíram profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança. Esse conjunto de ações proporcionou um declínio importante da mortalidade infantil (MI), pois nesta época, 1990, os índices alcançaram 47,7 mortes por 1.000 NV (Araújo *et al.*, 2014), com redução anual de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 (Victora *et al.*, 2011).

Além disso, no início da década de 90, o Brasil e outros 158 estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), durante a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, constataram que as metas traçadas na Declaração de Alma Ata não haviam sido atingidas, o que levou os países membros a assinarem a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Nesse contexto, é criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Marinho; Ferreira, 2021).

O ECA, criado pela Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990, garante a proteção integral à criança e ao adolescente, por parte da família, da comunidade, sociedade

em geral e do poder público, os quais devem assegurar com prioridade a execução de direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e ao convívio familiar e comunitário (Brasil, 1990c).

Ainda em 1990, a Dinsami passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (Corsami), subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (Daps) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério, e ligada hierarquicamente aos Serviços de Assistência à Saúde da Mulher e Serviço de Assistência à Saúde da Criança (Brasil, 2011c).

A Corsami tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do SUS, a fim de garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano (Brasil, 2011c).

Nesta conjuntura, conforme Damasceno *et al.* (2016), a introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e, posteriormente, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), consolidou-se como principal estratégia para vigilância da saúde infantil, destacando 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 infância.

Concomitante ao Pacs, em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (Proasp), com foco na atenção perinatal. Esta proposta organizou a assistência perinatal a fim de regionalizar este atendimento; prover a melhoria da qualidade da assistência ao parto; o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, instituindo o alojamento conjunto e incentivando o aleitamento materno (Araújo *et al.*, 2014).

Outra estratégia de ação frente à saúde da criança foi adotada pelo Ministério da Saúde: trata-se da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi), em 1996, como política de atenção à saúde da criança menor de cinco anos. Essa estratégia incorporou as ações do Paisc, introduzindo o conceito de integralidade e propondo uma nova abordagem à saúde da criança (Brasil, 2016b; Costa *et al.*, 2011).

No mesmo ano, a Corsami foi extinta, dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e, em 1998, essas coordenações foram

substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Ainda nesse ano, foi extinto o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Inam) e teve suas ações incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a designar-se “Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Atscam)” (Brasil, 2011c).

Em 2000, o Ministério da Saúde implementa o Método Canguru, Portaria n.º 693, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Esse método consiste em um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele, precocemente, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, estabelecendo o vínculo e participação dos pais no seu cuidado (Brasil, 2000a).

Nesse mesmo ano, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria n.º 569, de 01 de junho de 2000, com o objetivo de desenvolver e ampliar o acesso das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, bem como o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, além da sua organização e regulação (Brasil, 2000b).

No ano de 2001, o MS empenhou-se na reavaliação da Triagem Neonatal no SUS, o que culminou na publicação da Portaria n.º 822 e 06 de junho de 2001, que criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (Brasil, 2002). Dentre os principais objetivos do programa, destacam-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística), a busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e a definição de uma abordagem mais ampla da Triagem Neonatal, envolvendo as etapas, como: a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes, contribuindo com a prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas (Brasil, 2002).

Outro avanço importante para a saúde da criança desse período refere-se à meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), assumida internacionalmente pelo Brasil, com mais 189 nações, em reduzir dois terços da MI até o ano de 2015 (Araújo *et al.*, 2014). Nesta perspectiva, em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil com a finalidade de apoiar a organização da assistência à saúde da criança e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as

ações prioritárias. Destaca-se o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento, a alimentação saudável e o cuidado às doenças prevalentes da infância com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco. Para enfrentamento dos seus principais problemas de saúde e na redução da mortalidade infantil, foi proposto a linha de cuidado integral da saúde da criança (Brasil, 2004).

As linhas de cuidado pressupõem uma visão integral do indivíduo e da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade do usuário. Dessa forma, abarcaram:

1 - Ações da saúde da mulher: refere-se à atenção clínico-ginecológica humanizada e qualificada;

2 - Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido: implica em melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade;

3 - Triagem neonatal: relacionada às informações sobre a importância do teste para detecção de doenças;

4 - Incentivo ao aleitamento materno: equipes capacitadas para acolher, orientar e apoiar as mães à amamentação;

5 - Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: trata-se da avaliação integral à saúde da criança;

6 - Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil: avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis;

7 - Combate à desnutrição e anemias carenciais: ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição;

8 – Imunização: ações para a manutenção da cobertura vacinal;

9 - Atenção às doenças prevalentes na infância – AIDPI: é uma importante ferramenta para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos;

10 - Atenção à saúde bucal: realizar o acompanhamento constante e regular para a manutenção da saúde bucal;

11 - Atenção à saúde mental: identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna;

12 - Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil: comunicar e referenciar todos os casos suspeitos ou confirmados, além de proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente;

13 - Atenção à criança portadora de deficiência: atenção integral e multiprofissional, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce (Brasil, 2004).

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida dentre os compromissos sanitários prioritários nas três esferas de governo, contempla a ação para redução da mortalidade infantil, apresentando como objetivos e metas: reduzir a mortalidade neonatal em 5%, os óbitos por doença diarreica em 50% e por pneumonia em 20%, além de criar comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes; apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes na infância (Brasil, 2006a).

Neste contexto, levando em conta que o aleitamento materno reduz os agravos à saúde da criança, em 2008, durante a abertura da Semana Mundial da Amamentação, o Ministro da Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil. A Rede surge a partir da necessidade de se estabelecer uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da compreensão da amamentação como um processo biológico, social e cultural, tanto pelos profissionais, quanto pela sociedade (Brasil, 2011d).

Em 2009, com o objetivo de construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde e fortalecer aquelas tradicionalmente dirigidas a mulheres e crianças, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos, foi instituída por meio da Portaria n.º 2.395 de 7 de outubro de 2009, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) e criado o Comitê Técnico Consultivo para a sua implementação (Brasil, 2009a).

Destaca-se em 2011 a Rede Cegonha, instituída a partir da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com vista a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante ciclo gravídico puerperal e, à criança, o direito ao nascimento seguro, e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha estabeleceu os seguintes objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança; organizar a rede de atenção a este grupo populacional a fim de garantir o acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2011e).

A organização dessa rede baliza a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e de acesso às ações do planejamento reprodutivo, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da RAS em consonância com a Portaria n.º 4.279, de 2010 (Brasil, 2011e).

Em 2013, o MS integra as ações da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs). A partir da consolidação destas ações, implementou-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Eaab) com a finalidade de aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde e qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade (Brasil, 2013).

As ações empregadas contribuíram para o Brasil atingir antecipadamente a meta 4 dos ODM. A taxa de mortalidade de menores de cinco anos reduziu para 16 mortes por 1.000 NV em 2015. Apesar disso, evidenciou disparidades entre os municípios brasileiros: mais de 1.000 municípios tinha uma taxa de mortalidade de menores de cinco anos abaixo de 5 mortes por 1.000 NV em 2013, mas em 32 municípios a taxa ultrapassou 80 mortes por 1.000 NV (You *et al.*, 2015).

Conforme Victora *et al.* (2011), as tendências temporais dos indicadores de saúde infantil devem ser interpretadas à luz dos determinantes sociais da saúde e das ações governamentais ocorridas não somente no setor de saúde, mas também em outros setores. Os principais fatores que contribuem para a diminuição dessas disparidades incluem melhorias nos determinantes sociais (pobreza, educação de mulheres, urbanização e fecundidade), intervenções fora do setor de saúde (transferência condicional de renda, abastecimento de água e saneamento) e um sistema de saúde dirigido à melhoria do acesso à atenção de saúde da população.

As desigualdades regionais e sociais que persistem no país inviabilizam a garantia ao direito à vida e à saúde a toda criança brasileira (Brasil, 2012a), evidenciando a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas à saúde infantil e universalizar os avanços para grupos de maior vulnerabilidade a fim

de garantir a sobrevivência. Tal condição é essencial para o exercício da cidadania e do desenvolvimento nacional e para cumprir os compromissos do país diante das metas dos ODS 2015-2030 (Brasil, 2018).

Os desafios do Brasil para melhoria dos indicadores de saúde da criança, em especial à mortalidade infantil, ganham novos horizontes a partir de 2015. Dentre os 17 ODS pactuados com os 193 países, em seu Objetivo 3, apresenta como meta:

Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos, até 2030 (Brasil, 2018).

Nesta direção, com a finalidade de qualificar as estratégias e ações voltadas à saúde da criança na agenda da saúde pública brasileira, nas esferas federal, estadual e municipal, fez-se necessário a elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) que esteja em consonância ao pleito de entidades da sociedade civil e militantes da causa dos direitos da criança (Brasil, 2018). A Pnaisc, instituída pela Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015, tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância, faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte nove) dias, e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2015b).

Esta política está organizada em sete eixos estratégicos, a saber:

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da

"Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território;

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis (Brasil, 2015b).

Também, direcionada à primeira infância, de natureza intersetorial, foi sancionada a Lei n.º 13.257, de 08 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para esta população, estabelecendo princípios e diretrizes para a sua formulação e a implementação em atenção à especificidade e à relevância dos 6 (seis) primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano (Brasil, 2016c). Nesta Lei, constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância: a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica (Brasil, 2016c).

As ações governamentais destacadas tiveram impacto favorável nos indicadores de saúde da criança, especialmente na mortalidade infantil, porém, ainda se mantém o desafio de reduzir a mortalidade neonatal, ou seja, aquela que ocorre até 28 dias de vida. Desse modo, o Ministério da Saúde apresentou, em 2017, a

“Estratégia QualiNEO (EQN)”, que integra ações inseridas na Pnaisc, as quais ofertam qualificação da assistência aos recém-nascidos em conformidade com três eixos I, II e VII dessa política (Brasil, 2018).

Nesta perspectiva, em 2018, são lançadas pelo MS as orientações para implementação da PNAISC com a finalidade de oferecer subsídios teórico-práticos aos gestores, aos trabalhadores e à sociedade civil para a efetivação de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde da criança no Brasil. A implantação/implementação da Pnaisc constitui-se como base norteadora para estados, Distrito Federal e municípios no enfrentamento das dificuldades, considerando a complexidade e o porte dos desafios que afetam a morbimortalidade e o pleno desenvolvimento das crianças na conjuntura atual (Brasil, 2018).

Posteriormente, por meio da Portaria n.º 715, de 4 de abril de 2022, o MS institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), coordenada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em substituição a Rede Cegonha. A Rami consiste em assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (Brasil, 2022b). A Portaria n.º 13, de 13 de janeiro de 2023, revoga a portaria que institui a Rami e retoma a Rede Cegonha (Brasil, 2023d).

A partir do exposto, a Figura 3 sintetiza as políticas e ações dirigidas à atenção à saúde da criança, ilustrada nesta linha do tempo, do período que compreende 1973 a 2023.

Figura 3- Políticas Públicas e ações voltadas a atenção à criança no Brasil, 1973 a 2023

(continua)

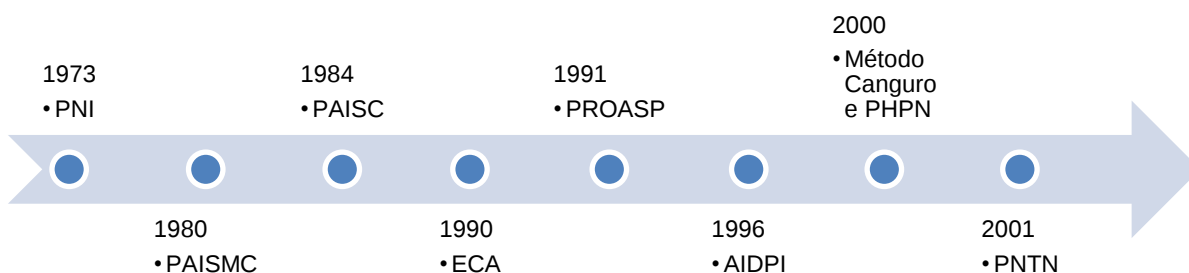
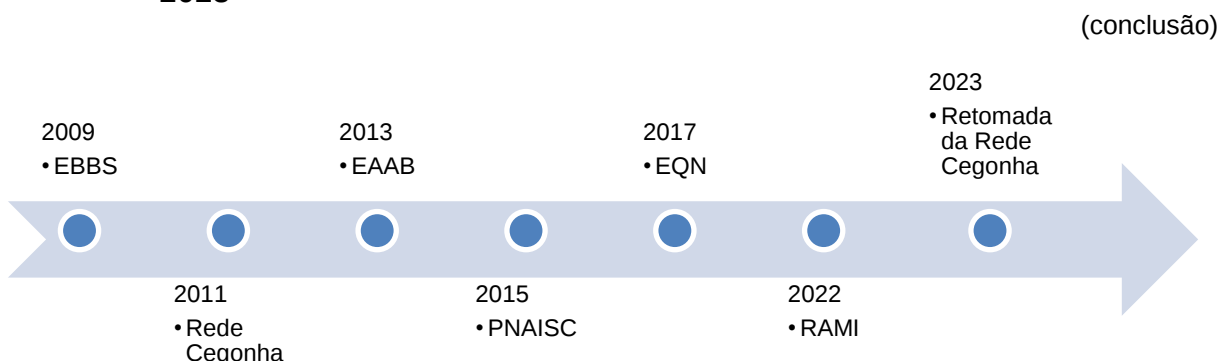


Figura 3 - Políticas Públicas e ações voltadas a atenção à criança no Brasil, 1973 a 2023



Fonte: Elaboração própria.

No próximo item, apresentam-se indicadores que representem a efetividade dessas iniciativas adotadas no país, bem como os índices de mortalidade para essa população, além de considerar o viés da pandemia.

2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL A PARTIR DAS PESQUISAS NACIONAIS DE SAÚDE 2013 E 2019

A criança, desde sua vida intrauterina até o seu completo desenvolvimento que culmina com o final da adolescência, vivencia intensas transformações, tanto biológicas quanto afetiva, psicológicas e sociais. Logo, faz-se necessário uma atenção de forma integral e multidisciplinar (Esperidião *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, as políticas públicas, a partir da década de 80, intensificaram a valorização da criança como sujeito de direitos, priorizando as ações de promoção, prevenção e melhoria da qualidade da assistência. Em conjunto a outros setores, criam-se mecanismos que avançam em direção à integração da saúde, como uma ampla rede de atenção da qual também faz parte a assistência à gestante e a busca por maior detecção das vulnerabilidades e fatores de riscos associados à saúde da criança (Sanine *et al.*, 2018).

Destaca-se importante instrumento normativo, a Pnaisc, que sintetiza de maneira clara e objetiva os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. Essa política se organiza a partir das RAS e de seus eixos estratégicos, na qual a APS configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central deste processo (Damasceno *et al.*, 2016).

Evidencia-se que a ESF, principal estratégia da APS, é fundamental para a reorganização do modelo assistencial voltado ao cuidado da criança. A Estratégia tem possibilitado a inovação de resultados assistenciais, com melhoria de indicadores de saúde infantil, os quais são dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados e influenciados pelas condições do meio em que a criança vive (Brasil, 2017a; Stábile *et al.*, 2013).

Nesta direção, as informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde divulgadas pelo IBGE, resultante das Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 e 2019, contribuem para subsidiar a formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS e fomentar a resposta e o monitoramento de indicadores nacionais e internacionais. Nos módulos referentes à saúde da mulher e crianças menores de 2 anos, buscou investigar aspectos importantes como: pré-natal, alimentação, exames preventivos realizados após o nascimento e vacinação que vão ao encontro dos eixos da Pnaisc (Brasil, 2021a). Apresenta-se, na Tabela 1, os indicadores de saúde infantil, a partir das PNS de 2013, no Brasil.

Tabela 1- Indicadores de saúde da criança menor de 2 anos no Brasil, PNS-2013

(continua)						
Eixo da PNAISC/ Determinantes	Início do pré- natal no 1º trimestre de gestação	Acompanhamento do pré-natal			Tiveram parto vaginal/normal	
	89,5%					
Pré-natal e parto, segundo o nível de instrução						
Sem instrução e fundamental incompleto	-	76,3%			65,3%	
Fundamental completo ou mais	-	90,8%			39,3%	
Alimento ingerido	Leite materno				50,6%	
	Biscoitos, bolachas ou bolo				60,8%	
	Refrigerante				32,3%	
Triagem neonatal, segundo as Grandes Regiões do Brasil	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro- Oeste
Teste do pezinho	70,8%	56,4%	53,8%	84,7%	83,5%	69,1%
Teste da orelhinha	56,0%	35,3%	37,5%	74,4%	77,6%	50,8%
Teste do olhinho	51,1%	30,4%	28,9%	71,1%	68,5%	41,4%

Tabela 1- Indicadores de saúde da criança menor de 2 anos no Brasil, PNS-2013

(conclusão)

Vacinação	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Receberam três doses da vacina tetravalente segundo as Grandes Regiões do Brasil	75,9%	70,1%	80,3%	70,5%	85,3%	76,2%

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015c.

De acordo com a Tabela 1, verifica-se um elevado percentual (89,5%) de mulheres que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação. O acompanhamento da gestação foi mais frequente em mulheres com maior escolaridade, fator inversamente proporcional em relação a via de parto vaginal. Das crianças menores de 2 anos, a um terço foi ofertado refrigerante e 60,8% haviam consumido biscoitos, bolachas ou bolo. A triagem neonatal é desigual nas Grandes Regiões do Brasil, sendo no Norte e Nordeste os menores percentuais de crianças que realizaram os testes. A vacina tetravalente bacteriana esteve abaixo da meta em todas as regiões brasileiras, principalmente no Norte e Sudeste. A PNS de 2019 demonstra a manutenção em relação ao nível de instrução e o acesso ao pré-natal e via de parto, a oferta de alimentos industrializados a crianças menores de 2 anos, o percentual de triagem neonatal menores nas regiões Norte e Nordeste, além da queda na cobertura vacinal do imunobiológico avaliado, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 - Indicadores de saúde da criança menor de 2 anos no Brasil, PNS-2019

(continua)

Eixo da PNAISC/ Determinantes		Início do pré-natal no 1º trimestre de gestação	Tiveram seis ou mais consultas de pré-natal	Tiveram parto vaginal/ normal
Pré-natal, segundo cor	Branca	89,5%	-	-
	Preta	78,5%	-	-
	Parda	86,5%	-	-

Tabela 2 - Indicadores de saúde da criança menor de 2 anos no Brasil, PNS-2019

(conclusão)

Eixo da PNAISC/ Determinantes	Início do pré-natal no 1º trimestre de gestação		Tiveram seis ou mais consultas de pré-natal		Tiveram parto vaginal/ normal		
Pré-natal, segundo o nível de instrução							
Sem instrução e fundamental incompleto	80,2%		78,3%		62,3%		
Fundamental completo e médio incompleto	79,5%		84,0%		57,1%		
Médio completo e superior incompleto	88,9%		90,8%		42,2%		
Superior completo	95,4%		97,0%		21,3%		
Alimento ingerido	Leite materno exclusivo até o 6º mês				27,8%		
	Leite materno				52,2%		
	Biscoitos, bolachas ou bolo				57,8%		
	Refrigerante				11,5%		
	Doces, balas ou outros alimentos com açúcar				25,0%		
	Suco artificial				16,9%		
Triagem neonatal, segundo a situação do domicílio e as Grandes Regiões	Urbano	Rural	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Teste do pezinho	75,6%	60,1%	54,9%	57,7%	83,5%	88,5%	78,5%
Teste da orelhinha	51,9%	31,9%	36,2%	36,0%	57,0%	62,0%	49,9%
Teste do olhinho	63,8%	42,1%	41,3%	43,7%	74,4%	78,2%	58,0%
Teste do coraçãozinho	66,0%	43,8%	41,7%	47,5%	73,9%	77,6%	62,9%
Vacinação	Receberam três doses da vacina pentavalente				64,4%		
	Receberam três doses da vacina poliomielite				64,2%		
	Receberam duas doses e o primeiro reforço da vacina pneumocócica				28,3%		
	Receberam uma dose da vacina tríplice viral				42,7%		

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a.139p.

Os cuidados pré-natais incluem a prevenção da doença, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que possam ocorrer no período gestacional e após o parto. O acesso aos cuidados pré-natais no primeiro trimestre da gestação constitui um indicador de avaliação da qualidade da APS no Brasil. O início oportuno dos cuidados pré-natais é fundamental para o diagnóstico e intervenção sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a do neonato, bem como redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (Sehnem *et al.*, 2019).

Verifica-se que no Brasil o início do pré-natal no primeiro trimestre é mais frequente entre as mulheres brancas e pardas e com maiores níveis de instrução. As

mulheres negras encontram-se em situação social mais vulnerável quando comparadas às brancas, pertencendo a estratos sociais com menor nível de escolaridade e menor renda; habitando em moradias inadequadas e distantes dos principais centros de saúde, além de serem menos economicamente ativas. Fatores que podem contribuir como barreiras pessoais e estruturais para o acesso precoce aos serviços de saúde materna (Howell *et al.*, 2018).

Além disso, estudo realizado por Leal *et al.* (2017) indica que as desigualdades, segundo raça/cor, se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir.

Quanto ao número de consultas realizadas, evidencia-se uma tendência relacionada ao nível de instrução: quanto maior os anos de estudo, maior o número de consultas de pré-natal. A baixa escolaridade funciona como uma problemática para a saúde das mulheres, sendo considerada um fator de risco obstétrico, uma vez que o baixo nível de instrução dificulta o acesso a informações acerca da saúde da mulher e dos métodos eficazes promovedores da saúde gestacional, como uma alimentação adequada e a ida frequente a consultas de pré-natal, fato que gera prejuízos para a saúde da mãe e do filho (Cisne *et al.*, 2022).

Em contrapartida, a escolaridade materna tem uma associação inversa à escolha de via de parto, como evidenciado nas PNS de 2013 e 2019. Anos de estudo maiores podem ter impacto na escolha da via de parto devido às melhores condições socioeconômicas que essas mulheres apresentam, o que lhes permite maior acesso aos serviços privados de saúde e, portanto, torna a cesariana uma opção mais acessível. Ainda que se pese que a má indicação da via de parto está relacionada à maior proporção de trabalho de parto prematuro, infecção puerperal e baixo peso ao nascer (Souza *et al.*, 2022).

No que tange ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), garantido pela Constituição Brasileira, constitui-se obrigação das três esferas de gestão: respeitá-lo, protegê-lo, promovê-lo e provê-lo. A alimentação adequada é essencial em todas as etapas da vida, especialmente nos primeiros anos, que são decisivos para o crescimento e desenvolvimento, para a formação de hábitos e para a manutenção da vida com bem-estar e qualidade. Ela deve atender às necessidades de cada pessoa de acordo com a fase da vida em que se encontra e ser harmônica

em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer (Brasil, 2019a).

No Brasil, dados indicam baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês e introdução precoce de outros alimentos. Das crianças, dessa faixa etária, 27,8% foi ofertado apenas leite materno, conforme recomendado, porém 57,8% haviam recebido alimentos como biscoitos, bolachas ou bolo, além de outros alimentos que podem ser prejudiciais à saúde infantil (Brasil, 2021a).

Desse modo, o aleitamento materno (AM) mantém-se como preocupação para a saúde pública, tendo em vista que apesar das evidências científicas sobre seus benefícios, seus índices não atingem as recomendações da OMS. Além disso, a introdução precoce de alimentos complementares na dieta de uma criança diminui a duração do AM, interfere na absorção de nutrientes considerados importantes, como o ferro, reduz a eficácia da lactação no intervalo intergestacional e aumenta a morbimortalidade infantil (Munari *et al.*, 2021).

Dentre os fatores influenciadores da introdução alimentar precoce, são mais comumente observados a idade materna (mães jovens), baixa escolaridade, atuação no mercado de trabalho, mães fumantes/etilistas, baixo peso ao nascer e uso de bicos (mamadeiras e chupetas) que podem gerar confusão. Também, as crenças e conhecimentos maternos se apresentam como um importante fator de risco para a introdução alimentar precoce, uma vez que no Brasil, é comum a prática de oferecer à criança água para saciar a sede, chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar diferentes doenças (Silva; Mello, 2021).

Outra ação importante para a saúde da criança é a triagem neonatal, que tem como objetivo identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas (Brasil, 2016a). Observa-se que não há hegemonia na sua cobertura, as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores prevalências comparadas às demais regiões do Brasil, nos anos pesquisados (Brasil, 2015; Brasil, 2021a). Evidências apontam o acesso a plano de saúde, renda, nível de instrução, a escassez de profissionais, a falta de estrutura dos serviços de saúde e problemas no acompanhamento de ciclo gravídico puerperal como fatores relacionados às desigualdades na realização dos testes neonatais (Mallmann; Tomasi; Boing, 2020).

Considerando que o PNTN brasileiro tem cobertura bastante heterogênea entre estados, para melhorar esses índices são necessárias campanhas visando maior divulgação da importância da triagem neonatal e a adoção do 3º dia de vida do recém-nascido como sendo o “Dia da Triagem Neonatal”, como já é instituído na França. Também, é necessário que haja uma maior orientação das mães ao receberem alta hospitalar antes de 48 horas do parto. Neste contexto, a ESF é fundamental para auxiliar no monitoramento desse retorno para a coleta (Mendes *et al.*, 2020).

A PNTN envolve a triagem neonatal biológica (TNB), conhecida popularmente como “teste do pezinho”, e os testes de triagem ocular, triagem auditiva e a oximetria de pulso. Esse programa configura-se numa política pública de saúde voltada à consolidação de uma sociedade saudável, valorizada em seus direitos e cidadania. A realização dos testes, especialmente a TNB, enfrentam dificuldades como: a falta de implantação de postos de coleta em relação à cobertura populacional e falha na orientação durante o pré-natal por parte dos profissionais de saúde, principalmente, sobre a faixa etária que deve ser realizado o teste. Como consequência, as gestantes não compreendem a importância da sua realização (Oliveira *et al.*, 2020).

Relacionadas às doenças transmissíveis, as vacinas estão entre as medidas de saúde pública mais efetivas para sua prevenção, eliminação e controle. No Brasil, o PNI, de acesso universal e contínuo, oferece amplo leque de vacinas, disponibilizadas nos serviços públicos de saúde de todo o território nacional, sem ônus para os usuários. Nas últimas décadas, o aumento na complexidade de itens do calendário vacinal e a introdução de diversas vacinas em um curto período, trouxeram o desafio de atingir e manter altas coberturas vacinais na população (Barcelos *et al.*, 2021).

O PNI estabelece que a cobertura vacinal adequada é de 80% para meningocócica e Papilomavírus Humano (HPV); 90% para rotavírus, influenza e Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), e 95% para as demais vacinas; e uma homogeneidade de no mínimo 70% entre os municípios (Brasil, 2021d). As coberturas atingidas, de acordo com a PNS de 2013 para a vacina tetravalente e a PNS de 2019 para os imunobiológicos pentavalente, poliomielite, pneumocócica e tríplice viral foram aquém ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Estudo realizado por Milani e Busato (2021) apontam que a queda da cobertura vacinal no Brasil pode ser considerada multifatorial, incluindo razões como desinformação, disseminação das *fake news* e despreocupação por doenças com

baixa ocorrência. O decréscimo substancial nos últimos anos merece especial atenção no sentido de provocar discussões e estudos que demonstrem a importância da manutenção da cobertura vacinal adequada. As baixas coberturas vacinais promovem maior vulnerabilidade da população a doenças que já estavam erradicadas no país, como sarampo e poliomielite, em especial o público infantil, podendo incidir negativamente na morbimortalidade (Instituto Butantan, 2022).

O fenômeno comportamental da hesitação vacinal torna-se um dos desafios a ser enfrentado pelos gestores e profissionais da saúde. As estratégias de comunicação de informações, incluindo o reforço sobre a segurança e eficácia dos imunobiológicos, bem como a vigilância das coberturas vacinais são essenciais para coibir quaisquer movimentos que possam refletir negativamente nestes números, e consequentemente, ferir o direito à proteção à vida e à saúde da população (Milani; Busato, 2021).

Cumprе salientar que os indicadores apresentados, advindos das PNS de 2013 e 2019 em sua maioria, não atendem às metas pretendidas pelas ações e estratégias implementadas no Brasil. Dessa forma, conhecer e monitorar indicadores de saúde ao longo do tempo é fundamental para avaliar o desempenho do sistema de saúde, visto que possibilita fortalecer a organização da assistência à saúde, definir prioridades de intervenção, planejamento e gestão dos serviços (Stáбиле, 2013).

Nesta perspectiva, no item seguinte traz algumas considerações sobre a pandemia da Covid-19 e o agravamento na atenção à saúde da criança no país, considerando as desigualdades regionais e sociais.

2.3 IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

A pandemia da Covid-19 chegou ao país e as ações preventivas na APS foram severamente afetadas como demonstra a série de pesquisas “Desigualdades e Impactos da Covid-19 na atenção à primeira infância”, realizada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) em parceria com o Unicef e o Itaú Social.

Logo que foi declarada a situação de pandemia, em março de 2020, a referida Fundação passou a tratar como prioridade a atuação em torno das necessidades que o novo contexto trazia ao desenvolvimento na primeira infância, o que se materializou por meio de evidências e produção de conhecimento confiável e relevante sobre seus efeitos na vida e na atenção às crianças de 0 a 6 anos e de suas famílias. Essas

pesquisas apontam prejuízo e violações de direitos nos campos da saúde, educação e em aspectos sociais e econômicos de sua vida cotidiana. Ainda que as crianças não despontassem como os indivíduos mais vulneráveis ao novo coronavírus, elas também foram atingidas pela pandemia (FMCSV, 2022).

Os primeiros anos de vida são alicerce do desenvolvimento infantil, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária. Esse processo decorre da interação de características biopsicológicas, herdadas geneticamente e experiências oferecidas

As experiências são constituídas pelo cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela tem para exercitar ativamente suas habilidades (Souza; Veríssimo, 2015).

O cuidado voltado às necessidades de desenvolvimento possibilita à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase, com repercussões positivas na sua vida adulta (Souza; Veríssimo, 2015). Porém, a presença de fatores de risco como a pobreza, a insegurança alimentar, a violência, a falta de acesso a serviços de saúde e educação e problemas de saúde física e mental no ambiente familiar, podem impactar negativamente o desenvolvimento da criança. A Covid-19 amplificou esses fatores com impactos imediatos na primeira infância e que podem gerar consequências a médio e longo prazos, sendo as crianças em situações de vulnerabilidade as mais afetadas (FMCSV, 2022).

O Quadro 2 demonstra esses impactos, especialmente referentes ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, à queda nas consultas de acompanhamento das gestantes e das crianças, ao aumento da mortalidade materna, à redução da cobertura vacinal e da notificação de violência contra criança e ao aumento da insegurança alimentar.

Quadro 2 - Impacto da pandemia da Covid-19 na saúde de crianças menores que 2 anos, Brasil

Indicador	Impacto Sofrido
Acesso e utilização dos serviços de saúde	✓ Com a priorização e direcionamento de esforços das UBS ao atendimento dos casos de Covid-19, a oferta de serviços e a atenção à primeira infância foram reduzidas ou interrompidas. ✓ A menor oferta dos serviços gerou o represamento das demandas das famílias. Os profissionais relataram atrasos nos atendimentos de puericultura, pré-natal, tratamentos preventivos, diagnósticos e vacinação infantil. ✓ O vínculo da atenção à saúde com as famílias ficou prejudicado, houve perda de contato com as famílias mais vulneráveis, além do afastamento espontâneo da população por medo de contágio.
Gestação, parto e nascimento	✓ A consulta de pré-natal desacelerou. ✓ Os registros de consultas de pré-natal do parceiro diminuíram. ✓ Os partos por cesárea aumentaram. ✓ Desigualdades no pré-natal, parto e gravidez na adolescência para mães de cor/raça branca versus o conjunto de mães de outra cor/raça (preta, amarela, parda e indígena).
Mortalidade materna	✓ A partir de 2020, observou-se um aumento vertiginoso da razão de mortalidade materna (RMM) em todo o país, especialmente em 2021, quando mais da metade dos óbitos maternos foram devido à infecção pelo novo coronavírus (53,4%). ✓ Desigualdades na mortalidade materna por região e características sociodemográficas como cor/raça materna.
Mortalidade infantil	✓ As taxas de TMI foram menores do que no período pré-pandêmico em sete estados brasileiros. ✓ Grandes desigualdades regionais existem na TMI no Brasil.
Causas principais do óbito infantil	✓ Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido. ✓ Feto e RN afetados por transtornos maternos hipertensivos. ✓ Síndrome de angústia respiratória do RN.
Puericultura	✓ Os registros de consultas para avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança caíram. ✓ Os registros de procedimentos hospitalares também caíram.
Vacinação infantil	✓ A cobertura vacinal despencou em todas as vacinas estudadas. ✓ A média de cobertura chegou a cair 26%.
Insegurança alimentar	✓ A pandemia teve um efeito negativo sobre o estado nutricional das crianças, que foi medido pela variável peso por idade. ✓ Esses impactos foram influenciados pelas medidas de enfrentamento à pandemia, como o fechamento das escolas e o Auxílio Emergencial. ✓ Nos municípios com maior cobertura do Auxílio Emergencial, o impacto do fechamento das escolas no estado nutricional das crianças foi menos negativo.
Violência contra as crianças	✓ A taxa de notificação de violência contra as crianças reduziu; este efeito foi maior para os tipos de violência mais prevalentes, como negligência, violência física e violência sexual. ✓ A negligência/abandono, tipo de violência em que também se enquadram os acidentes que são consequência do trabalho infantil, foi responsável por mais da metade das ocorrências de violência contra as crianças. ✓ Desigualdades nas notificações de violência contra as crianças por cor/raça, macrorregiões geográficas e renda dos municípios.

Fonte: Adaptado de: FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL- FMCSV. Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância. 2022.

A pesquisa “Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS” demonstrou que as atividades de rotina das UBS para a metade dos profissionais (53%) e dos gestores (49,6%) foram reduzidas. A manutenção, com estratégias adaptadas em função da Covid-19, foi relatada por 34,3% dos profissionais e 43,6% dos gestores e a suspensão por 10% dos profissionais e 5,1% dos gestores (Bousquat *et al.*, 2020).

Os maiores percentuais de redução e suspensão de atividades foram observados nas regiões Sudeste (68,5%) e Nordeste (67,9%), de acordo com informações profissionais e para os gestores na região Sudeste (66,2%). A manutenção das atividades com estratégias adaptadas foi mais frequente nas regiões Centro-Oeste (46,3%) e Sul (44,3%) para profissionais e na região Sul (56,4%) para gestores. A suspensão das atividades foi mais expressiva na região Norte (9,6%). O pré-natal, 58,2% dos profissionais e 72,1% dos gestores, referiram que foi mantido. As consultas odontológicas (41,8%), de puericultura (30,8%), atividades do Nasf-AB (28%) e visita domiciliar dos ACS (27,2%) foram as atividades mais frequentemente suspensas, segundo os profissionais (Bousquat *et al.*, 2020).

Relacionado à gestação, ao parto e ao nascimento, no Brasil persistem barreiras no acesso a serviços com cuidado especializado e monitoração inadequada de complicações obstétricas, tanto nos hospitais quanto na APS e ambulatórios de especialidade, além das carências estruturais das maternidades brasileiras, tanto físicas como em recursos humanos e materiais. Somados a isso, o adiamento das consultas de pré-natal durante a pandemia promoveu a chegada aos hospitais de gestantes com condições clínicas mais graves, que poderiam ser evitadas com uma assistência pré-natal oportuna e de qualidade (Nakamura *et al.*, 2020).

Neste cenário, foi evidenciado disparidade de raça/cor. Apesar da semelhança do perfil médio de idade e morbidade de mulheres negras e brancas, as negras foram hospitalizadas em piores condições, com presença de dispneia e diminuição da saturação de oxigênio, além de maior número de admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uso de ventilação mecânica e óbito (Santos *et al.*, 2021).

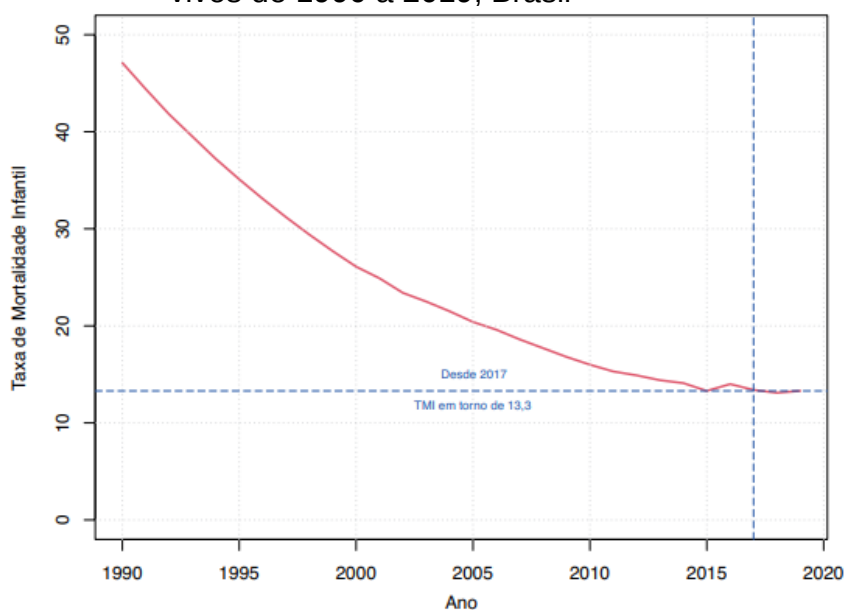
Outro estudo analisou o excesso de mortes maternas no Brasil, entre março de 2020 e maio de 2021. Foram 3.291 mortes maternas, sendo 1.179 na região Sudeste, 983 no Nordeste, 497 no Norte, 318 no Sul e 314 no Centro-Oeste. Observou-se excesso de 70% nas mortes maternas em todo o Brasil, sendo o maior excesso 88%, na faixa etária de 25 a 36 anos. A análise estratificada por região

mostrou excesso de mortalidade materna independente da região, com valores de 78%, 67%, 75%, 89% e 63% nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, respectivamente (Orellana *et al.*, 2022).

Dados revelam que a RMM foi muito mais afetada: a estimativa geral foi de 95,4/100 mil NV, enquanto a RMM por Covid-19 foi de 35,7/100 mil NV, representando 37,4% da RMM total; enquanto a mortalidade infantil total foi de 11,7/1.000 NV, sendo 0,2/1.000 NV causada pela Covid-19. Estima-se que 40.830 menores de 18 anos perderam as suas mães, com uma taxa de órfãos de 7,5/10.000 (Szwarcwald, 2022).

Achados referentes a MI por Covid no Brasil indicam que o grupo com maior número e proporção relativa de óbitos foi aquele de 1 a 4 anos (42,4%), com a TMI de 2,11/100 mil, com maior frequência na população parda. A distribuição geográfica do número de óbitos na infância por Covid-19 é desigual no território nacional, há maior frequência de óbitos nas regiões Sudeste, Norte e Nordeste, especialmente na faixa etária de maiores de 1 ano (Faria *et al.*, 2022). O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) evidencia que no Brasil, nos anos de 2015 a 2021, foram registrados 244.526 óbitos infantis, os quais reduziram ao longo dos anos, como demonstra o Gráfico 1 extraído do boletim epidemiológico sobre MI.

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos de 1990 a 2019, Brasil



Fonte: SINASC/SIM/ Projeto de busca ativa *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. Boletim Epidemiológico, v. 52, out., 2021c.

Conforme a Tabela 3, observa-se que a Região Sudeste, seguida da Nordeste apresentou maior percentual de óbitos infantis, quando comparado a outras Regiões brasileiras, sendo o componente neonatal precoce a maior frequência de óbitos.

Tabela 3 - Distribuição de óbitos infantis por Regiões, Brasil 2015 a 2021

Indicador	Região/Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Óbitos Infantis	Norte	4.874 (13,0%)	4.770 (13,1%)	4.825 (13,3%)	4.900 (13,7%)	4.744 (13,4%)	4.386 (14,0%)	4.642 (14,5%)
	Nordeste	11.825 (31,5%)	11.505 (31,7%)	11.490 (31,7%)	11.314 (31,5%)	11.035 (31,3%)	9.997 (31,8%)	10.053 (31,6%)
	Sudeste	13.547 (36,1%)	13.193 (36,3%)	13.028 (36,0%)	12.813 (35,7%)	12.707 (36,0%)	11.074 (35,2%)	11.046 (34,7%)
	Sul	4.224 (11,3%)	3.903 (10,7%)	4.034 (11,1%)	3.935 (11,0%)	3.953 (11,2%)	3.404 (10,8%)	3.428 (10,8%)
	Centro-Oeste	3.031 (8,1%)	2.979 (8,2%)	2.846 (7,9%)	2.902 (8,1%)	2.854 (8,1%)	2.578 (8,2%)	2.687 (8,4%)
	Brasil	37.501 (100%)	36.350 (100%)	36.223 (100%)	35.864 (100%)	35.293 (100%)	31.439 (100%)	31.856 (100%)
		2.574 (12,8%)	2.519 (13,2%)	2.534 (13,1%)	2.564 (13,2%)	2.438 (13,2%)	2.314 (13,2%)	2.425 (14,5%)
Óbito Neonatal Precoce (0 A 6 dias)	Nordeste	6.792 (33,7%)	6.317 (33,2%)	6.519 (33,6%)	6.235 (32,2%)	5.995 (32,6%)	5.644 (33,2%)	5.489 (33,8%)
	Sudeste	6.944 (34,4%)	6.616 (34,7%)	6.671 (34,4%)	6.410 (33,1%)	6.363 (34,6%)	5.780 (34,4%)	5.623 (33,6%)
	Sul	2.229 (11,0%)	1.987 (10,4%)	2.133 (11,0%)	2.093 (10,8%)	2.090 (11,4%)	1.877 (11,0%)	1.781 (10,6%)
	Centro-Oeste	1.637 (8,1%)	1.586 (8,3%)	1.532 (7,9%)	1.564 (8,1%)	1.516 (8,1%)	1.385 (8,1%)	1.429 (8,5%)
	Brasil	20.176 (100%)	19.025 (100%)	19.389 (100%)	19.389 (100%)	18.402 (100%)	17.000 (100%)	16.747 (100%)
		734 (11,6%)	672 (11,0%)	726 (11,7%)	756 (12,0%)	670 (11,0%)	665 (11,9%)	706 (12,3%)
	Nordeste	1.784 (28,2%)	1.836 (30,1%)	1.736 (27,9%)	1.791 (28,5%)	1.729 (28,3%)	1.623 (29,1%)	1.695 (29,7%)
Óbito Neonatal Tardio (7 A 27 dias)	Sudeste	2.477 (39,2%)	2.352 (38,5%)	2.498 (40,2%)	2.467 (39,3%)	2.478 (40,6%)	2.166 (38,8%)	2.142 (37,5%)
	Sul	808 (12,8%)	755 (12,4%)	761 (12,4%)	770 (12,3%)	753 (12,3%)	686 (12,3%)	693 (12,3%)
	Centro-Oeste	521 (8,2%)	490 (8,0%)	498 (8,0%)	490 (7,8%)	472 (7,7%)	437 (7,8%)	472 (8,3%)
	Brasil	6.324 (100%)	6.105 (100%)	6.219 (100%)	6.274 (100%)	6.102 (100%)	5.577 (100%)	5.708 (100%)
		1.566 (14,2%)	1.579 (14,1%)	1.563 (14,7%)	1.579 (14,7%)	1.636 (12,2%)	1.407 (15,9%)	1.511 (16,1%)
	Nordeste	3.249 (29,5%)	3.352 (29,9%)	3.234 (30,5%)	3.286 (30,7%)	3.311 (30,7%)	2.729 (30,8%)	2.869 (30,5%)
	Sudeste	4.126 (37,5%)	4.222 (37,6%)	3.857 (36,4%)	3.934 (36,7%)	3.866 (35,8%)	3.126 (35,3%)	3.278 (34,9%)
Óbito Pós-Neonatal (28 A 364 dias)	Sul	1.187 (10,8%)	1.160 (10,3%)	1.140 (10,7%)	1.072 (10,0%)	1.110 (10,3%)	840 (9,5%)	954 (10,2%)
	Centro-Oeste	873 (7,9%)	901 (8,0%)	815 (7,7%)	846 (7,9%)	866 (8,0%)	753 (8,5%)	783 (8,3%)
	Brasil	11.001 (100%)	11.214 (100%)	10.609 (100%)	10.717 (100%)	10.789 (100%)	8.855 (100%)	9.395 (100%)

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 01 set. 2023.

A taxa de mortalidade infantil, em geral calculada pelo número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida a cada mil nascidas vivas, é um dos indicadores frequentemente usados para avaliar as condições de vida de uma sociedade. A mortalidade neonatal precoce, até 7 dias de vida, representa de 60% a 70% da mortalidade infantil e 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. Apesar de todo investimento em políticas públicas nos últimos anos, a mortalidade neonatal apresenta redução em velocidade menor comparada à diminuição das TMI pós-neonatal, especialmente nos estados das Regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2018).

As principais causas de óbito nessa idade estão associadas à prematuridade, à doença diarreica, às anomalias congênitas, à asfixia no parto, à sepse neonatal e à desnutrição. A prematuridade evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, enquanto a desnutrição e a diarreia estão associadas às condições de vida da família, como renda insuficiente, falta de saneamento básico, baixa escolaridade, ausência de cuidados básicos no sistema de saúde (Alves; Coelho, 2021).

Neste contexto, Anjos, Mello e Santana (2021) destacam as disparidades inter e intrarregionais existentes, apesar dos investimentos em políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil. As autoras apontam a associação entre o aumento da mortalidade infantil no país e a piora de alguns dos determinantes sociais, como o aumento da pobreza, o subfinanciamento do SUS, a diminuição da cobertura vacinal, a epidemia do vírus Zika ocorrida em 2015.

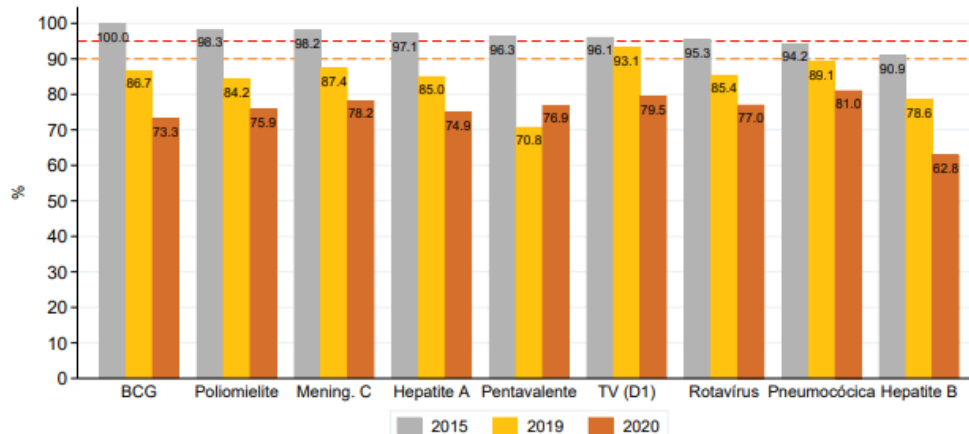
Além disso, outras iniquidades em saúde podem repercutir negativamente de diferentes formas nas condições de vida das crianças e impactar diretamente no Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). Dentre elas estão as condições de habitação e moradia inadequadas, a baixa renda familiar, a desigualdade de renda, o baixo desenvolvimento humano, a assistência pré-natal e o parto inadequados (Anjos; Mello; Santana, 2021). Tais indicadores podem incidir diretamente sobre os ODS, objetivo 3.2, que trata em acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos e reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12/1.000 NV e de crianças < 5 anos para pelo menos até 25, até 2030 (Brasil, 2018).

Considerando a presença das fragilidades dos indicadores de saúde infantil, antes mesmo dos impactos causados pela pandemia a essa população no Brasil e

possibilidade de aumento das TMI, faz-se necessário fortalecer a APS. Além disso, possibilitar a ampliação da produção de cuidado com base na articulação de tecnologias relacionais, como vínculo, humanização, respeito e corresponsabilização, com ações de promoção, prevenção e assistência, de modo a resultar em uma maior qualificação da atenção à saúde da criança (Ascenso; Aguiar, 2020).

Entre as estratégias de prevenção da saúde, a vacinação se tornou o principal instrumento e teve seu papel reforçado durante a pandemia de Covid-19. Apesar disso, o país tem visto o seu desempenho declinar e doenças imunopreveníveis ressurgirem nos últimos anos. Situação potencializada no período pandêmico devido ao distanciamento social necessário para reduzir a transmissão do vírus e o receio das pessoas em comparecer aos serviços de saúde diminuíram as vacinações de rotina e deixaram ainda mais crianças em risco de contraírem doenças preveníveis, como mostra o Gráfico 2, extraído do relatório sobre a cobertura vacinal no Brasil (Nunes, 2021).

Gráfico 2 - Percentual de cobertura vacinal de 2015 a 2020 no Brasil



Fonte: NUNES, L. Panorama da Cobertura Vacinal no Brasil, 2020. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. São Paulo: IEPS, 2021. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Panorama_IEPS_01.pdf Acesso em: 04 ago.2023.

Nota: TV (D1) é a abreviação para a primeira dose da vacina Tríplice Viral.

O diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Jarbas Barbosa, convocou os países a intensificarem urgentemente os programas de vacinação, já que o risco de surtos de doenças nas Américas atingiu o nível mais alto em 30 anos, sendo essa região a segunda do mundo com a pior cobertura vacinal. Para ele, os principais fatores para a queda na cobertura são o financiamento inadequado para a imunização e aumento da hesitação em relação às vacinas devido à desinformação, os quais

foram mais exacerbados pela pandemia da Covid-19. Destacam-se, Brasil e México como os países que respondem por mais de 50% das crianças que nunca receberam uma vacina na região (Barbosa, 2023).

Outro indicador que gera impacto na saúde da criança é a insegurança alimentar. A pesquisa “As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil”, divulgada pelo Unicef, demonstrou que entre 2009 e 2018 o número de crianças e adolescentes com privação extrema de alimentação foi reduzido em praticamente todos os estados e para todos os grupos, especialmente crianças e adolescentes negros(as) e indígenas, que registraram uma queda de 17% para 7,6%. Porém, a pandemia, reverteu essa tendência de melhora e entre 2020 e 2021 o número de crianças e adolescentes privados de condições necessárias para uma alimentação adequada passou de 9,8 para 13,7 milhões. Em 2020, apresentou uma queda, possivelmente devido ao auxílio emergencial, seguida por uma alta, passando de 16,1% para 25,7% em 2021 (Unicef, 2023).

O 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil mostrou que, no início de 2022, 33,1 milhões de pessoas convivem cotidianamente com a fome e somente 41,3% da população brasileira estavam em situação de segurança alimentar. Em números absolutos, 125,2 milhões de brasileiros enfrentaram incerteza sobre sua capacidade de obter alimentos necessários, representando um aumento de 7,2% desde 2020, e de 60% em comparação com 2018 e de forma desigual nas regiões do país. A fome fez parte do dia a dia de 25,7% das famílias na região Norte, de 21% no Nordeste e no Sul, aproximadamente 10%. Observa-se a mesma tendência ao comparar o campo e a cidade, a insegurança alimentar esteve presente em mais de 60% dos domicílios das áreas rurais (Rede Penssan, 2022).

A fome tem cor e gênero: a segurança alimentar esteve presente em 53,2% dos domicílios de pessoas que se autodeclara branca, nos lares com responsáveis de raça/cor preta ou parda ela cai para 35%. Comparativamente, casas em que a referência eram mulheres, a insegurança alimentar foi de 64,1%, enquanto aquelas que têm homens como responsáveis foi de 53,6 (Rede Penssan, 2022).

Ainda, houve um agravamento da fome nas famílias com crianças menores de 10 anos, que passaram de 9,4% em 2020 para 18,1% em 2022. Nos domicílios apenas com moradores adultos a segurança alimentar chegou a 47,4%, número superior à média nacional. O maior percentual de segurança alimentar é em domicílios

cujos responsáveis têm mais de 8 anos de estudo, 50,6%, com renda maior que um salário mínimo por pessoa, 67% e contrato de trabalho formal, 53,8%. (Rede Penssan, 2022).

Além dos agravos sofridos pelas crianças no período pandêmico mencionados acima, outro fenômeno que vale ressaltar é a violência. Na crise da Covid-19 o isolamento social teve implicações importantes para crianças, por ser a casa o espaço onde ocorrem os abusos físicos, psicológicos e sexuais. Isto acontece porque o lar pode ser um lugar onde a dinâmica do poder pode ser distorcida e subvertida por aqueles que abusam (Bradbury-Jones; Isham, 2020).

Dados divulgados na mídia relatam aumento de violência contra crianças e adolescentes na pandemia: de 7,4% no Distrito Federal, 8,5% no Paraná, 73% no Rio Grande do Sul e 32% em Pernambuco. Em contrapartida, verifica-se a redução do número de notificações de violência contra este grupo, sinalizando as dificuldades para fazer as denúncias e acionar os recursos sociais existentes para o cuidado às vítimas (Platt; Guedert; Coelho, 2021).

O estupro e maus tratos são os principais tipos de crime de violência não letal entre crianças no Brasil. Foram 13.925 vítimas no 1º semestre de 2021, 6,9% a mais que o mesmo período em 2020. Teve maior número de casos entre o sexo feminino, 85%, no extrato etário de 10 a 14 anos, 47%, sendo a maior parte das vítimas negras, 51,6%. Enquanto nos maus tratos houve um aumento de 21,6% em 2021 comparado a 2020, sendo a faixa de 5 a 9 anos com mais vítimas, com tendência maior entre branco, 58,8% e o do sexo feminino a partir dos 12 anos (Fbsp, 2021).

Considerando os impactos da pandemia na atenção à saúde da criança, ressalta-se a APS como uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e a resolutividade dos serviços. Ou seja, atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas e a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, norteadas pelos atributos da APS (Vasconcelos et al., 2018).

Nesta perspectiva, o IBGE em parceria com o MS investigou, por meio da PNAD Contínua, o tema Atenção Primária à Saúde Infantil, a partir da inclusão de um módulo específico sobre APS, que constitui uma versão adaptada e reduzida do Instrumento PCATool. O questionário foi aplicado aos responsáveis pela saúde das crianças menores de 13 anos de idade (n=38,0 milhões) que tiveram pelo menos um atendimento na UBS ou USF (Brasil, 2022a).

As evidências desse inquérito são expressadas na Tabela 4, que mostra o pai ou a mãe como responsável pelos cuidados da saúde a 87,1% das crianças. A escolaridade dos cuidadores situou-se em sua maioria (83%) entre aqueles sem instrução e o ensino superior incompleto. Referente às características das crianças, demonstraram maior diferença na idade por grupo, sendo as de 0 a 6 anos as que mais buscaram por atendimentos de saúde. A consulta de rotina foi o principal motivo que levou as crianças aos serviços de saúde (39,1%), seguida de problemas respiratórios, principalmente no Sul do país (38,9%). Também apontou que as regiões do Brasil apresentaram Escore Geral da APS aquém ao ponto de corte ($\geq 6,6$).

Tabela 4 - Distribuição do perfil dos cuidadores e características das crianças menores de 13 anos investigadas e da avaliação da Atenção Primária à Saúde infantil, PNAD Contínua, Brasil, 2022

Variável		(continua)					
		Grandes Regiões					
		Brasil	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
		Perfil do cuidador					
Relação de parentesco do cuidador da criança (%)	Pai ou mãe	87,1	84,1	86,1	88,6	88,2	86,2
	Outro parente	12,9	15,9	13,9	11,4	11,8	13,8
Nível de instrução do cuidador (%)	Sem instrução até o ensino fundamental completo	42,9	49,3	51,8	42,6	35,3	39,1
	Ensino médio incompleto até o superior incompleto	40,1	38,2	37,2	36,9	44,0	39,5
	Ensino superior completo	17,1	12,6	11,0	20,5	20,7	21,4
		Características das crianças					
Sexo (%)	Menino	51,1	51,7	50,1	52,6	50,7	52,8
	Menina	48,9	48,3	49,9	47,4	49,3	47,2
Cor (%)	Branca	39,4	19,2	25,5	69,0	44,1	35,2
	Parda ou preta	59,7	78,4	73,3	30,8	55,5	61,9
Grupos de idade (%)	0 a 6 anos	61,3	62,4	61,8	62,1	59,4	66,8
	7 a 12 anos	38,7	37,6	38,2	37,9	40,6	33,2
Principais motivos da consulta (%)	Consulta de rotina	39,1	43,0	36,4	32,9	42,9	34,7
	Problemas respiratório	30,9	24,2	27,6	38,9	31,8	32,2
	Febre, diarreia, vômito ou outros problemas gastrointestinais; acidentes, fratura, lesão, machucado; alergias e outros.	30,0	32,8	36,0	28,2	25,3	33,1

Tabela 4 - Distribuição do perfil dos cuidadores e características das crianças menores de 13 anos investigadas e da avaliação da Atenção Primária à Saúde infantil, PNAD Contínua, Brasil, 2022

(conclusão)

Variável		Grandes Regiões					
		Brasil	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde							
Escore Geral da APS		5,7	5,4	5,7	6,0	5,6	5,7
Notas atribuídas ao serviço de saúde (%)	0 a 6	19,4	17,3	18,7	18,6	20,8	19,1
	7 a 8	33,0	37,2	35,8	30,1	30,9	31,9
	9 a 10	47,6	45,5	45,4	51,3	48,3	49,1

Fonte: Adaptado da PNAD Contínua (Brasil, 2022a).

Estudos mostram a relação de parentesco do cuidador da saúde da criança, apontando os pais como principal cuidador, 95% dos participantes (Silva *et al.*, 2023), destacando as mães como cuidadoras principais, 79,2%, seguidas pelas avós, 13,9% (Dornelles *et al.*, 2023). Quanto à escolaridade, evidências demonstram que os cuidadores principais apresentam até 14 anos de estudo (95%) (Reichert *et al.*, 2016). Num outro estudo, as mães tinham uma média de 9,4 anos de estudo (Silva; Alves, 2019). Achados reafirmados pela pesquisa de base nacional.

O censo de 2022 realizado pelo IBGE confirma o percentual maior de meninos em relação às meninas entre as crianças (Brasil, 2022c). Referente à cor das crianças, o Cenário da Infância e Adolescência no Brasil reforça a maior frequência de pardas e pretas nas regiões Norte (74,1%) e Nordeste (69,6%), e brancas na região Sul (76,1%) (Miranda; Cintra, 2023).

A procura pelo serviço foi tanto para ações programadas quanto por situações agudas. Uma revisão sistemática apontou as doenças do aparelho respiratório, pneumonia e asma, e doenças de tipo parasitárias, as gastroenterites, como principais causas de internações por condições sensíveis à APS. Apesar da mudança nos perfis de morbimortalidade, especialmente a infantil, as parasitoses intestinais ainda configuram um problema de saúde pública, principalmente na região Nordeste do país. Esses achados sugerem comprometimento na efetividade da APS, que pode estar relacionado à formação profissional, à estrutura, ao processo de trabalho e aos atributos da APS (Pedraza; Araújo, 2017).

O reconhecimento dessas demandas pode contribuir para a organização da APS (Santos *et al.* 2018). Além disso, promover maior satisfação relacionada à porta

de entrada, que apresentou um escore baixo para todas as regiões brasileiras, divergindo de estudos em outros países, como o do Vietnã (Hoa *et al.*, 2019) e Japão (Aoki *et al.*, 2017), que mostraram pontuação elevada para os domínios avaliados utilizando versões locais do PCATool.

A pesquisa demonstrou que a atenção à saúde das crianças brasileiras não está orientada à APS. Para atender as demandas de saúde infantil com melhores resultados e maior qualidade, a APS deve estar estruturada com base nos atributos essenciais e os derivados (Damasceno *et al.*, 2016). Reforça a importância de uma investigação local. No capítulo seguinte apresenta, de forma sucinta, as características do município e percurso metodológico para o alcance dos objetivos propostos.

CAPÍTULO 3 – PONTA GROSSA-PR: O CENÁRIO DO ESTUDO E O DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Este capítulo tem a finalidade de apresentar as características do campo empírico deste estudo, bem como a estrutura dos serviços de atenção à criança em Ponta Grossa, Paraná. Tais conhecimentos contribuem para a compreensão dos resultados da medição dos atributos da APS da área urbana do município relacionados à população de 0 a 2 anos. Ainda, visa apresentar o percurso metodológico para o alcance dos objetivos propostos referente aos atributos da APS na atenção à saúde da criança no município.

3.1 O ESTADO DO PARANÁ

O estado do Paraná, uma das 27 unidades federativa do Brasil, compreende 399 municípios, entre eles Ponta Grossa. Situado na região Sul do país, tem como limites São Paulo (norte e nordeste), oceano Atlântico (leste), Santa Catarina (sul), Argentina (sudoeste), Paraguai (oeste) e Mato Grosso do Sul (noroeste) (Ipardes, 2010), ocupando uma área de 199.298,981km² (Brasil, 2022d),

Com uma população estimada de 11.443.208 (Brasil, 2022e), desses 1.458.049 são crianças⁷ (até 10 anos), na primeira infância (até 06 anos) tem um total de 846.632 e menores de 2 anos, 259.682 (Ipardes, 2024a).

Nas próximas décadas, a dinâmica demográfica do Paraná será determinada pela evolução da fecundidade e pelas mudanças no padrão de mortalidade. No início dos anos 2010, verificou-se um ligeiro incremento da taxa de fecundidade total (TFT), a qual deve retomar sua tendência de decréscimo ao longo das próximas décadas. O número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao término de seu período reprodutivo, deverá atingir 1,76 em 2030 e passando para 1,68 em 2060. Além disso, deve ocorrer mudança nas taxas específicas de fecundidade, com queda da taxa entre as mulheres mais jovens (até 29 anos) e aumento entre as que apresentam idade de 30 a 49 anos, indicando maior ocorrência de gravidez em idades mais elevadas. Enquanto a taxa de mortalidade deverá aumentar em todo o horizonte da projeção, exceto a mortalidade infantil que deverá ser reduzida (Paraná, 2020).

⁷ O Ministério da Saúde, para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, segue o conceito da Organização Mundial da Saúde, que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses (Brasil, 2018).

Quanto ao rendimento médio mensal domiciliar *per capita* dos paranaenses, em 2022 atingiu R\$ 1.802,00, o que inclui a remuneração do trabalho, as aposentadorias, as pensões, as transferências sociais e os recebimentos de aluguéis, entre outras fontes de renda. Esse resultado é superior à média nacional (R\$ 1.586,00), colocando o Estado na 6ª posição entre as unidades da federação, atrás do Distrito Federal, de São Paulo, do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Rio de Janeiro (Brasil, 2022f).

Para a melhoria da condição de bem-estar, há razoável assimetria entre os valores recebidos pelos paranaenses, com o 1% mais rico respondendo por 10,2% da massa total de rendimentos, ao passo que os 20% mais pobres detêm somente 4,2% da riqueza. Essas desigualdades estão estreitamente relacionadas aos desníveis da educação. Destaca-se que mais da metade (53,8%) dos paranaenses com 25 anos ou mais de idade não concluíram o ensino médio. Somados a esses indicadores, salienta-se que 30,3% dos domicílios do Estado não estão ligados à rede de esgotamento sanitário e 7% não têm lixo coletado, o que certamente repercute sobre a saúde da população (Paraná, 2020).

O Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Paraná encerrou o ano de 2022 crescendo 1,42% em relação a 2021. No acumulado do ano, o PIB em valores correntes totalizou R\$ 646,6 bilhões, dos quais R\$ 558,5 bilhões se referem ao Valor Adicionado (VA) a preços básicos e R\$ 88 bilhões em impostos sobre produtos líquidos de subsídios. Pela ótica da produção, o valor adicionado bruto da agropecuária teve desempenho negativo de 4,98%, tendo em vista que é um setor sensível às variações climáticas, porém houve avanços nos valores adicionados de 1,01% na indústria e 2,18% de serviços (Castro, 2023).

No que tange a APS, o Paraná apresenta cobertura de 90,33%, na competência de dezembro de 2023 (Brasil, 2023e) e cobertura populacional de ESF de 63,31% (Brasil, 2020c), enquanto que de ACS, cobertura de 52,94% (Brasil, 2020d) e saúde bucal de 38,37% e 56,30%, na ESF e APS, respectivamente, na competência de dezembro de 2021 (Brasil, 2021b). Quanto a equipes de NASF, na competência de dezembro de 2019, haviam 254 implantados nos municípios paranaenses, desses 110 eram do tipo I, 61 tipo II e 83 tipo III⁸, porém destaca-se que atualmente está

⁸ Os critérios estabelecidos para as modalidades de NASF são os seguintes:

NASF 1 - composto por profissionais de nível superior, com o mínimo de 20 e o máximo de 80 horas/semana, perfazendo no mínimo 200 horas/semana por equipe, vinculados de 5 a 9 ESF.

extinto (Brasil, 2019b; Giovanella; Franco; Almeida, 2020). Além disso, em 2019, a maioria dos municípios do Paraná estava adscritos ao Programa Mais Médicos (Paraná, 2020).

Também em 2019, teve início o projeto PlanificaSUS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Hospital Israelita Albert Einstein, com o objetivo de apoiar o corpo técnico gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada na lógica da RAS no Paraná, por meio da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) (Paraná, 2020).

Segundo o Plano Estadual de Saúde 2020-2023, o Paraná está voltado a oferecer uma APS de excelência, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar e ordenar ações e serviços na RAS e vem atuando por meio de educação permanente e de incentivos financeiros de investimento e custeio. A implementação da RAS e o fortalecimento da APS têm sido realizados de forma integrada e articulada à Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, tendo como linhas de cuidado prioritárias: Saúde da Mulher; Atenção Materno-Infantil, da Criança e do Adolescente; Saúde do Idoso; Atenção às Condições Crônicas; Atenção à Pessoa com Deficiência; Saúde Mental; e Saúde Bucal (Paraná, 2020).

Relacionada à atenção materno-infantil, foi implantada no estado do Paraná em 2012 a Linha Guia Mãe Paranaense, a partir da experiência do Mãe Curitibana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e à vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto (Paraná, 2012). Em 2022, foi implementada no âmbito do Estado a linha de cuidado materno infantil, que tem por objetivo garantir o acesso e a atenção integral e de qualidade às mulheres em seu período gravídico-puerperal e às crianças até 2 anos de vida, na RAS (Paraná, 2022).

Para enfrentar o desafio de garantir saúde de qualidade aos seus 399 municípios no estado, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) definiu seu Mapa Estratégico, conforme a Figura 4.

NASF 2 - carga horária no mínimo de 20 e o máximo de 40 horas/semana/ocupação, perfazendo no mínimo 120 horas/semana por equipe, vinculados de 3 a 4 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

NASF 3 - carga horária no mínimo de 20 e o máximo de 40 horas/semana/ocupação, perfazendo no mínimo 80 horas/semana por equipe, vinculados de 1 a 2 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (Brasil, 2012b).

Figura 4 - Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



Fonte: SESA (2019) *apud* PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020.

O SUS no Paraná é constituído por uma rede de instituições públicas, com 399 secretarias municipais de saúde; 22 consórcios intermunicipais de saúde e a rede de hospitais, entre eles os hospitais públicos universitários, a rede privada contratada, com preferência para os hospitais filantrópicos e a rede de hospitais próprios, para a execução das políticas públicas de saúde. Quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito do Estado, há a Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB) e 22 Comissões Intergestores Regionais (CIR), representadas por gestor estadual e municipais de forma paritária, organizados em Conselhos Regionais de Secretários

Municipais de Saúde (CRESEMS), vinculados ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Paraná (Paraná, 2020).

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná conta com uma estrutura de nível central e descentralizada em 22 Regionais de Saúde. Na sede, em Curitiba, estão em funcionamento estruturas de apoio e assessoria, setoriais e gerenciais. Nas Regionais, cujas sedes administrativas estão localizadas em cidades-polo de região, as instâncias administrativas e de serviços mantêm ligação com as respectivas superintendências, centralizando suas ações em três grandes eixos: atenção e gestão em saúde, vigilância em saúde e administração (Paraná, 2020).

Dentre as Regionais, encontra-se a 3ª Regional de Saúde, a qual tem como sede administrativa Ponta Grossa, campo empírico desta pesquisa. Essa Regional abrange 12 municípios do estado, a saber: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés (Paraná, 2020). Assim, no item seguinte apresentam-se brevemente características do município de Ponta Grossa.

3.2 O MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: CENÁRIO DO ESTUDO

Ponta Grossa foi fundada em 15 de setembro de 1823, está localizada no Segundo Planalto Paranaense, ocupa uma extensão territorial de 2.054,732 km², situada a uma distância de 114 km da capital estadual, representa um importante entroncamento rododiferroviário do Paraná. É o núcleo dos Campos Gerais, que tem uma população superior a 1.100.000 habitantes e o maior parque industrial do interior do estado. Além da sede municipal, Ponta Grossa possui quatro distritos administrativos: Uvaia, Itaiacoca, Guaragi e Piriquitos (Ponta Grossa, 2021).

Possui uma população estimada em torno de 355.336 habitantes, é a quarta maior população do estado do Paraná e a nona do Sul do Brasil. Seguindo a tendência nacional, possui uma população feminina maior que a masculina e majoritariamente urbana (Ponta Grossa, 2021). Conforme projeções, a população poderá atingir o número de 500.000 habitantes em 20 anos devido aos fluxos migratórios e do crescimento vegetativo, considerando o desenvolvimento econômico da região. Tal fato demandará uma maior gama de serviços sociais e a ampliação da infraestrutura existente, em especial os equipamentos e unidades de saúde e de educação (Ponta Grossa, 2017).

Quanto à taxa de natalidade, apresentou decréscimo ao longo dos anos. No ano de 2000, a taxa de natalidade de Ponta Grossa era de 21,6 por mil habitantes. Em 2005, houve uma redução para 18,2, chegando a 14,2 por mil habitantes em 2019. Ao passo que o envelhecimento apresentou o processo semelhante ao do estado do Paraná: no ano de 1980, o índice de envelhecimento alcançou 9,79%, em 1991, foi de 14,4%, em 2000, registrou 16,88% e em 2010, aumentou para 28,04%. A estimativa é que, no final dos anos 2030, o número de idosos passe a ser maior do que o de crianças. A relação entre estes dois segmentos etários passará de 32 idosos para cada grupo de 100 crianças, em 2010, para 125 idosos para cada 100 crianças, em 2042 (Ponta Grossa, 2021).

Relacionado ao analfabetismo, no município segue a perspectiva nacional, apontando a redução das taxas, porém as mulheres mantêm taxas maiores comparada aos homens. O analfabetismo de jovens e adultos, entre 15 e 59 anos, as taxas diminuíram quase pela metade. A maior concentração de analfabetos está na população de 60 anos e mais, a qual apesar das taxas diminuírem de 58,9% em 2000 para 42,1% em 2010, ainda são altas (Ponta Grossa, 2021).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ponta Grossa foi de 0,676, em 2000, o que o situava na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699), para 0,763, em 2010, considerado IDH Alto. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a Longevidade, com índice de 0,837, seguida de Renda, com índice de 0,755, e a Educação, com índice de 0,703 (Ponta Grossa, 2021).

Referente à população infantil, foco deste estudo, apresentam-se as características demográficas: idade e sexo, conforme a Tabela 5. No período de 2000 a 2019 foram registrados 105.853 nascidos vivos de mães residentes do município de Ponta Grossa, com uma média anual de 5292 nascimentos (Ponta Grossa, 2021).

Tabela 5 - Percentual da população infantil de 0 a 2 anos por idade e sexo, Ponta Grossa, 2024.

Idade	População	Sexo	
		Menino	Menina
< 1 ano	4.192	2.152	2.040
1 ano	4.156	2.185	1.971
2 anos	4.561	2.299	2.262

Fonte: IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Estado do Paraná. 2024b.

Cabe mencionar que houve um deslocamento da idade reprodutiva das mães, com destaque para a redução da proporção de mães adolescentes (10 a 14 anos) e na faixa etária de 15 a 19 anos, correspondendo a 36,21%; enquanto apresenta aumento de 49,98%, na proporção de partos de mães com mais de 35 anos e 51,87% na faixa de 40 e 44 anos, no período de 2009 a 2019. Também ocorreu uma queda na variação proporcional de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas realizadas de -2,09%, além da diminuição de 1,01% da proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer e da redução de 9,12% no número de partos normais realizados, enquanto a proporção de parto cesáreo aumentou 10,83% (Ponta Grossa, 2021).

Referente à mortalidade infantil, apresenta uma tendência de redução, sendo as afecções originadas no período perinatal, seguidas das malformações congênitas as principais causas. A estratificação por causa básica, destacam-se o desconforto respiratório do recém-nascido, a septicemia bacteriana do recém-nascido e as afecções maternas (Ponta Grossa, 2021).

3.2.1 Atenção Primária à Saúde no Município de Ponta Grossa

A rede de serviços de saúde de Ponta Grossa, atualmente, apresenta a modalidade de atendimento ambulatorial e hospitalar, considerando os estabelecimentos que prestam assistência pelo SUS e os não conveniados ao sistema (Ponta Grossa, 2021).

Apresenta-se brevemente como o SUS se constitui no município. No contexto do movimento sanitário brasileiro a organização do setor de saúde local se deu em torno da saúde comunitária. Nesta perspectiva, iniciou no município o processo de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e uma experiência em medicina comunitária, baseada no modelo médicos “de pés descalços”. Durante a gestão de Otto Santos Cunha (1985/1988), houve mobilização dos municípios da região dos Campos Gerais - PR, onde Ponta Grossa se insere, para agilizar o processo de municipalização da saúde (Balestrin; Barros, 2008).

No período pós-Constituinte, primeira gestão de Pedro Wosgrau Filho (1989/1992), a organização do setor de saúde em Ponta Grossa-PR seguiu direção diversa da administração anterior, sem continuidade ao trabalho de saúde comunitária iniciado e não houve a implementação das AIS, dentro dos propósitos da Reforma

Sanitária. A ênfase desse período ocorre com reformas, ampliação e atendimento hospitalar. A criação do Pronto Socorro, do Centro Regional de Especialidades, do Laboratório, do Centro Radiológico, do Centro de Atenção à Saúde Mental e ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde (Balestrin; Barros, 2008).

Nessa gestão, com a promulgação das Leis 8.080 e 8.142, a partir do início da década de 90, para o repasse municipal dos recursos para o setor da saúde, exigiu-se a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (Comsaúde) (Miranda, 2022). No município, ainda que criado em 1991, nas administrações seguintes, 1993/1996 e 1997/2000, não cumpria a sua função referente às decisões adotadas para o setor de saúde, ou seja, praticamente ignorava a participação popular nessas decisões (Balestrin; Barros, 2008).

Na administração de Paulo Cunha Nascimento (1993/1996), a organização da saúde mantém o modelo da gestão anterior. Nessa administração amplia-se a rede física, ocorre a criação e ampliação das unidades básicas de saúde, há investimento no Pronto Socorro Municipal e criação do Hospital da Criança, contemplando o município com duas organizações hospitalares, porém com pouco investimento na Atenção Primária à Saúde. Embora em âmbito nacional, de acordo com Sena e Santos (2017), a APS tenha ganhado mais expressão, em 1991; no município de Ponta Grossa se mostra presente na gestão Jocelito Canto (1997/2000), quando foi instituído o PACS, porém não ocorreu a implantação do PSF (Balestrin; Barros, 2008).

Com a eleição de um candidato menos conservador, Péricles de Holleben Mello (2001- 2004), verifica-se mudança no panorama assistido até aquele período. No Comsaúde, cumprindo legislação quanto à presidência, garantiu à atuação um caráter mais social e participativo (Miranda, 2022). Além disso, no primeiro ano dessa administração, foi implantado o PSF, com progressiva ampliação, somando às equipes básicas (médico e enfermeiro), o assistente social e o farmacêutico e a ampliação do número de equipes no município durante esta gestão (Balestrin; Barros, 2008).

Na gestão seguinte, retorna ao Executivo pontagrossense Pedro Wosgrau Filho (2005 –2008). A administração seguiu a lógica econômica, focalizada em ações que proporcionavam ganhos econômicos, ao mesmo tempo em que promovia a diminuição do Estado, valendo-se da prática da terceirização (Miranda, 2022). Nesse cenário, foi retomado o investimento na rede hospitalar – Pronto Socorro Municipal e

Hospital da Criança. As eSF sofreram alterações, como a retirada dos assistentes sociais e farmacêuticos (Balestrin; Barros, 2008).

Na terceira e última gestão de Pedro Wosgrau Filho (2009-2012), seguindo o modelo das administrações anteriores, caracterizou-se por retomar a formação iatrocêntrica e biomédica, numa centralização da prestação de saúde (Miranda, 2022). Na administração seguinte, verifica-se um olhar voltado ao fortalecimento e a priorização da APS. Na gestão de Marcelo Rangel Cruz de Oliveira (2013-2016) a construção do Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde ocorreu de forma democrática e participativa por meio de Oficinas de Planejamento Estratégico e diversas reuniões setoriais. Nessa gestão, apresentava a meta de expansão das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal; para tal havia previsão de construção de novas unidades e reforma e ampliação das demais (Ponta Grossa, 2013).

Nesse período, na perspectiva de institucionalização de políticas em consonância com as políticas nacional e estadual, aponta-se a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Considerando que “Reduzir a mortalidade materno-infantil por causas evitáveis” estava entre os marcos estabelecidos por essa gestão, o município aderiu à Rede Mãe Paranaense. Houve Oficinas do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) e avaliação do PMAQ-AB nas Unidades de Saúde com e sem PSF (Ponta Grossa, 2013).

Outro destaque dessa administração de Marcelo Rangel Cruz de Oliveira é a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Universidade Estadual de Ponta Grossa e o Ministério da Saúde, mediante o Programa “Fortalecendo a ESF de Ponta Grossa, com foco na gestão clínica e o cuidado integral nos ciclos de vida”, com o objetivo de redirecionar a formação acadêmica em saúde para os serviços do SUS e inserir os acadêmicos nas ESF que são parceiras dos grupos do Programa de Educação pelo Trabalho (PET), PET-Saúde, PET-Vigilância em Saúde e PET-Redes de Atenção à Saúde. Além disso, como avanço no controle social foi criada a Ouvidoria pelo Decreto n.º 7.227 de 09 de maio de 2013 (Ponta Grossa, 2013).

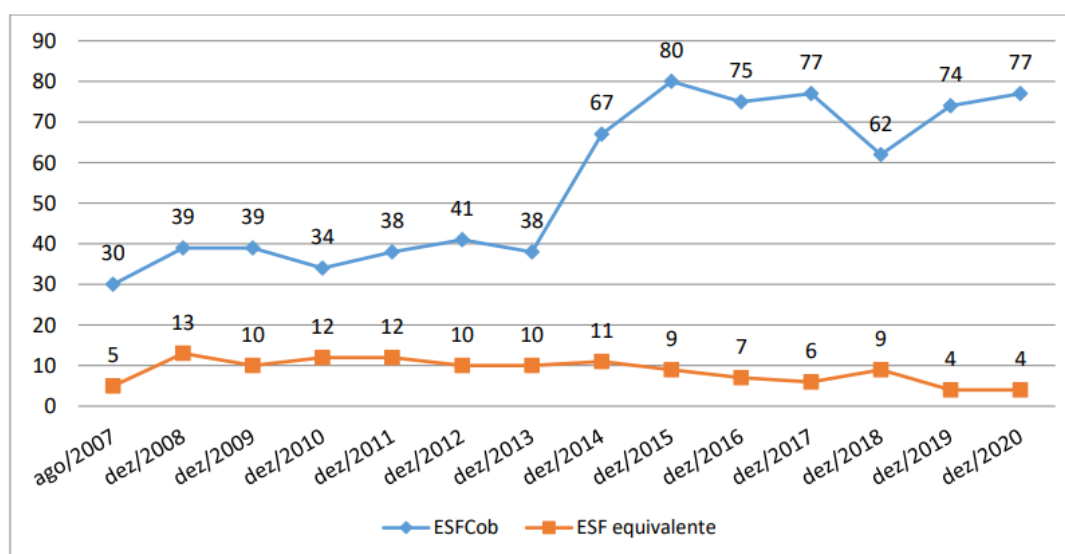
Na gestão municipal (2017-2020)⁹, conduzida também por Marcelo Rangel Cruz de Oliveira, manteve-se como premissa organizacional o fortalecimento e a

⁹ Nessa administração, cria-se a Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Lei nº. 13.345 de 03 de dezembro de 2018, com a prerrogativa de definir e executar a política de saúde do município, promovendo diretamente as ações e programas para a promoção, prevenção e atenção à saúde (Ponta Grossa, 2018a).

priorização da APS como a porta de entrada do sistema municipal de saúde e ordenadora das RAS. O modelo de organização do sistema de saúde sob a forma de redes foi proposto pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná desde o início de 2011, apontadas para o enfrentamento das condições de saúde agudas e crônicas. Destaca-se, o fortalecimento da gestão participativa com a escuta dos usuários e dos profissionais por meio da ouvidoria, um instrumento da gestão pública e do controle social para o aperfeiçoamento das ações e serviços prestados pelo SUS (Ponta Grossa, 2017).

Quanto à eSF, observa-se que houve um incremento da implantação de novas equipes, passando de 30 em 2007, principalmente nas últimas gestões, com crescimento exponencial a partir de dezembro de 2013, atingindo 67 e 80 equipes, em 2014 e 2015, respectivamente. No ano de 2018 houve um decréscimo de 15 equipes, devido à saída dos profissionais do Programa Mais Médicos, retomando o aumento a partir de 2019. Esse incremento ao longo do período, sobretudo na última década, conforme o Gráfico extraído do Plano Municipal de Saúde 2022-25, está relacionado à recomposição do quadro de recursos humanos para as ESF, mediante convocação de profissionais de Concurso Público, atualização dos profissionais via sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e habilitação junto ao Ministério da Saúde (Ponta Grossa, 2021).

Gráfico 3 - Número de Equipes de Saúde da Família, 2007-2020, Ponta Grossa, PR.



Fonte: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - 2022-2025. Ponta Grossa, 2021.

A administração atual (2021-2024) reitera a APS com o primeiro nível de acesso ao SUS, caracterizando-se como o primeiro e preferencial contato dos usuários com a RAS. Orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social para efetivação de um sistema de saúde com práticas cuidadoras (Ponta Grossa, 2021).

Em 2023, a rede de APS do município de Ponta Grossa apresenta uma cobertura de 87,05% na competência do mês de dezembro, com 82 equipes vinculadas a ESF (Brasil, 2023e). Com a finalidade de contemplar todas as regiões do município, as unidades de saúde estão agrupadas em seis distritos¹⁰, sendo eles: Esplanada, Oficinas, Nova Rússia, Santa Paula, Uvaranas I e II. Esta divisão se baseia, principalmente, na localização geográfica das unidades, no número de equipes, profissionais, infraestrutura e características populacionais, a fim de melhorar o processo de gerenciamento local e dispor os serviços da APS de forma descentralizada (Ponta Grossa, 2023b), como mostra a Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2024

(Continua)

Distrito	Unidade De Saúde	Bairro	Área	Nº deEquipes	
				eSF	eAB
		Zona Urbana			
Boa Vista/ Esplanada	Adam Polan	Palmeirinha	11/22/45	3	
	Antônio Horácio Carlos de Miranda	Santa Mônica	14/46	2	
	Antônio Russo (UBS)	Centro	-----	-	1
	Aurélio Grott	Los Angeles	40/50	2	
	Eugênio José Bocchi	Santa Lúcia	27	1	
	Jose Bueno	Jardim Jacarandá	15/56	2	
	Júlio de Azevedo	Vila Vilela	8/9	2	
	Dra. Zilda Arns	Parque Senhora das Graças	Nossa 21/65/66	3	

¹⁰ implantados na primeira gestão de Marcelo Rangel Cruz de Oliveira (Ponta Grossa, 2015).

Tabela 6 - Distribuição das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2024

(Continua)

Distrito	Unidade De Saúde	Bairro	Área	Nº de Equipes	
				eSF	eAB
Zona Urbana					
Oficinas	Jayme Gusmann	Vila Estrela	74	1	
	Agostinho Brenner	Maria Otilia	44	1	
	Adão Ademar Andrade	Jardim Cerejeira	70	1	
	Jose Carlos Araujo	Cará-Cará	57	1	
	Ezebeleu Linhares	Jardim Amália	60	1	
	Otoniel Pimentel Santos	Vila Cipa	18/29	2	
	Dr. Cyro de Lima Garcia	Oficinas	76/77	2	
	Lauro Muller	Santa Maria	62/69	2	
Nova Russia	Ambrósio Bricailo	Bonsucesso	36/37	2	
	Antônio Schwanzee	Santa Luzia	48/49	2	
	Carlos Ribeiro de Macedo	Parque do Café	58	1	
	Jamil Mussi	Sabarará	42	1	
	Javier Cejas Arzabe	Vila Real	68/75	2	
	Louis Charles Buron	Periquitos	43	1	
	Luiz Fernando Cajado Braga	Cristo Rei	63	1	
	Romulo Pazzinato	Nova Rússia	70	2	
Santa Paula	Paulo Madureira Novaes	Dom Pedro II	80	1	
	Egon Roskamp	Santa Paula	55/61	2	
	Carlos Dezaunet Neto	Shangrilá	51	2	
	Alfredo Levandovski	Gralha Azul	71/81	2	
	Roberto de Jesus Portella	Ronda	16/64	2	
	Adilson Baggio	Santo Antônio	3/30	2	
	Felix Vianna	Vila Cristina	7	1	
	Clyceu Carlos de Macedo	Santa Terezinha	54	1	
Uvaranas I	Abraão Federmann	Ana Rita	34/35	2	
	Lubomir Urban	31 de Março	38/39	2	
	Antero Machado de Mello	Rio Verde/Pitangui	24/25	2	
	Sila Sallen	Vila Claudionora	13/28	2	
	Santo Domingo Zampier	Costa Rica	52/82	2	
	Cleon Francisco de Macedo	Paraíso	12/23	2	
	Sady Macedo Silveira	Olarias	67	1	
	Sharise Angelica Arruda	Recanto Verde	41	1	
Uvaranas II	Nilton Luis de Castro	Tarobá	4/10/31	3	
	Antônio Saliba	Parque do Sabiá	47	2	
	Horácio Droppa	Borsato	2/26	2	
	Cesar Milleo	Vila Santana	5/32	2	
	Madre Josefa Stenmanns	Cel Claudio	1/33	2	
	Dr. Luiz Conrado Mansani	Uvaranas	72/73	2	
	Aluizio Grochoski	Vila Guaíra	17	1	

Tabela 6 - Distribuição das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2024

(Conclusão)				
Distrito	Unidade De Saúde	Bairro	Área	Nº de Equipes
			eSF	eAB
Zona Rural				
Oficinas	João de Oliveira Bello	Guaragi	6	1
Uvaranas II	Cerrado Grande Crutac	Distrito de Itaiacoca	19	1
Uvaranas II	Biscaia			
Uvaranas II	Mato Queimado			
Uvaranas II	Pocinhos			
Uvaranas II	Manoel Inglês de Lara (Sete Saltos)			
Uvaranas II	Professor João Fidelis Sobrinho (Carazinho)			
Uvaranas II	Eufrásio Fernandes Maciel (Roça Velha)			
Nova Russia	Jean Maurice Fraive	Distrito de Uvaia	Luiz Fernando Cajado Braga*	
Nova Russia	José Sebastião Rodrigues	Pinheirinhos		
Oficinas	Wilson de Jesus Batista Filho	Quilombola Sutil	João de Oliveira Bello*	
Oficinas	Roberto Fustemberg	Parque Estadual de Vila velha	Dr. Cyro de Lima Garcia*	

Fonte: Organização própria.

*A atenção à saúde nessas áreas rurais é dispensada pelas equipes de Saúde da Família das unidades correspondentes na Tabela.

Na APS são ofertados à população diversos serviços, entre eles: vacinação, pré-natal, atendimento médico, odontológico e de enfermagem, assistência farmacêutica, visita domiciliar ACS/ACE, puericultura, inalação, troca de curativo, dispensação de medicamento, atendimento domiciliar, entre outros (Ponta Grossa, 2021). A rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS no município está estruturada, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição da rede prestadora de serviço ao SUS no município de Ponta Grossa

Tipo de Estabelecimento	(Continua)			
	Tipo de gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal	
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	0	1	10	11
Farmácia	0	0	1	1
Centro de saúde/Unidade básica	0	2	52	54
Hospital geral	0	4	1	5
Centro de atenção psicossocial	0	0	4	4
Central de regulação médica das urgências	0	0	1	1

Tabela 7 - Distribuição da rede prestadora de serviço ao SUS no município de Ponta Grossa

(Conclusão)

Tipo de Estabelecimento	Tipo de gestão			
	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Unidade de apoio diagnose e terapia	1	3	3	7
Central de abastecimento	0	0	1	1
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	0	1	0	1
Unidade móvel terrestre	0	0	1	1
Posto de Saúde	0	1	9	10
Consultório isolado	0	0	1	1
Central de gestão em saúde	0	1	1	2
Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde	0	0	1	1
Unidade de vigilância em saúde	0	0	1	1
Clínica/centro de especialidade	6	11	1	18
Policlínica	0	0	1	1
Pronto atendimento	0	0	2	2
Central de regulação do acesso	0	0	1	1
Total	7	24	92	123

Fonte: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. Relatório detalhado - 3º quadrimestre relatório anual de gestão exercício 2020. Ponta Grossa, 2020.

Quanto aos serviços direcionados à atenção materno-infantil no município, estão constituídos de acordo com a Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense (Brasil, 2011; Paraná, 2012), ambas com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável da criança, reduzindo os riscos e as vulnerabilidades.

Para concretizar as ações para a população infantil no município de Ponta Grossa, os profissionais contam com o protocolo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de baixo risco na APS. Este documento apresenta como metas: o monitoramento do crescimento pondero-estatural; o estímulo do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês; estratégias para a prevenção das doenças infectocontagiosas, de doenças carenciais e para redução dos acidentes mais comuns na infância; a busca ativa dos recém-nascidos de risco; atendimento odontológico aos recém-nascidos; visitas domiciliares para o acompanhamento das crianças e atualização do esquema vacinal (Ponta Grossa, 2022b).

Dessa forma, para possibilitar o acesso e a qualidade da atenção no ciclo gravídico-puerperal e à criança, há necessidade de uma rede estruturada como mostra a Figura 5.

Figura 5 - Rede de Atenção Materno-Infantil, Ponta Grossa, 2024



FONTE: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. Protocolo de saúde das mulheres na Atenção Primária à Saúde. 2ª VERSÃO. Ponta Grossa, 2022a.

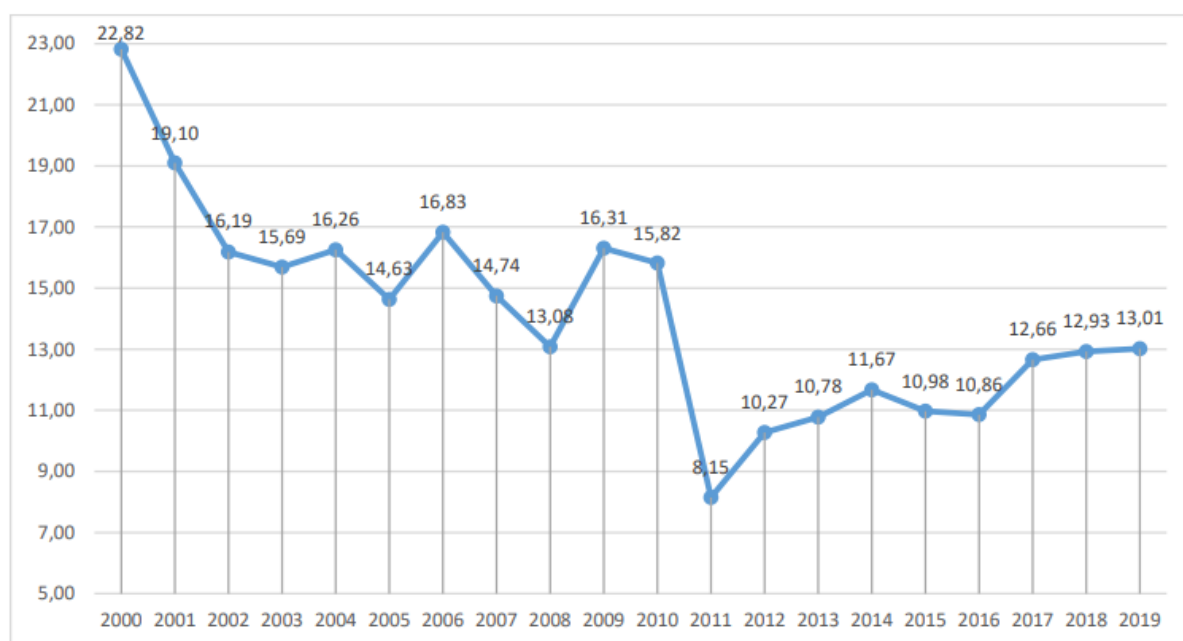
Destaca-se a importância de diretrizes fundamentadas nas ações voltadas às crianças em Ponta Grossa, desde a captação precoce do recém-nascido, perpassando a consulta e os desdobramentos diante das necessidades identificadas, podendo contribuir para a melhoria do indicador de consulta de crianças até 6 meses, apontado no Relatório de Gestão como meta não atingida (Ponta Grossa, 2022c).

A ampliação ao acesso as consultas de crianças nessa faixa etária podem refletir na redução da mortalidade infantil no município. No ano de 2022, ocorreram 58 mortes em menores de 1 ano, e 68 em menores de 5 anos, representando 12,44 e 14,58 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente. Entre as causas dos óbitos estão as doenças: infecciosas e parasitárias (5), neoplásicas (1), as endócrinas, nutricionais e metabólicas (3), as dos sistemas nervoso (3), circulatório (5), respiratório

(4), digestivo (1), osteomuscular e do tecido conjuntivo (2), algumas afecções perinatais (56), mal formação congênita, deformidades, anomalias cromossômicas (25) e outras (21) (Ipardes, 2024b). Reforçando a importância do fortalecimento da APS frente à tenção materno-infantil no município.

A mortalidade infantil é um indicador que sinaliza para o desenvolvimento social e as condições de vida a que estão submetidas à população de um território, e revela a eficácia das políticas públicas, principalmente no setor saúde. Uma série histórica de 2000 a 2019, mostrou tendência de queda da mortalidade infantil, porém apresentou variações a partir de 2003, conforme o Gráfico 4 extraído do Plano Municipal de Saúde 2022-25 (Ponta Grossa, 2021).

Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade Infantil. Ponta Grossa, 2000 a 2019.



Fonte: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - 2022-2025. Ponta Grossa, 2021.

Outro indicador que impacta na saúde infantil é a atenção ao pré-natal. Destaca-se que no Relatório de Gestão do 1º e 2º quadrimestre de 2023 as metas “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação” e “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” não foram atingidas. Apresentou um percentual acima da meta pactuada a “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e vírus da imunodeficiência humana (HIV)” e a “Proporção de nascidos vivos de

mães com no mínimo sete consultas de pré-natal e 100% das gestantes tiveram a “garantia do agendamento de 02 exames de ultrassom obstétricos, conforme Protocolo Municipal de Pré-Natal de Baixo Risco” (Ponta Grossa, 2023a).

Um estudo demonstrou que é fundamental repensar fatores que se mostram insuficientes para uma atenção mais qualificada à criança (Oliveira; Veríssimo, 2015). Assim, o presente estudo se mostra relevante a fim de contribuir com a implementação das ações em saúde à população infantil no município. No item seguinte, apresenta-se o percurso metodológico para o alcance dos objetivos propostos nesta tese frente aos atributos da APS na atenção à criança no município de Ponta Grossa.

3.3 DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo que contemplou os seis distritos sanitários do município de Ponta Grossa. Constitui-se na abordagem metodológica qualiquantitativa que buscou identificar a presença e extensão dos atributos da APS na atenção à saúde da criança. Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados simultâneos ou sequencial para melhor entender os problemas de pesquisa (Creswell; Plano Clark, 2013). A abordagem qualiquantitativa na perspectiva de Minayo e Sanches (1993, p.247) se estabelece pela relação de complementariedade entre elas.

A escolha do município de Ponta Grossa justifica-se pela identificação da lacuna do conhecimento, no que se refere a estudos publicados sobre atributos da APS, principalmente utilizando o instrumento PCATool, criança, versão extensa validada no país (Brasil, 2020a). Além de ser *locus* do programa de pós-graduação e cenário de trabalho em que esta pesquisadora está inserida.

Os participantes da pesquisa foram pais ou mãe ou cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, usuárias da ESF do município. A escolha dessa faixa etária justifica-se pela maior vulnerabilidade, maior risco de morbimortalidade e por demandar maiores cuidados da família e dos serviços de saúde. Também pela periodicidade das consultas de puericultura nessa fase da vida, o Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (Brasil, 2012a).

Para o desenvolvimento dessa etapa da pesquisa, após o aceite do Núcleo de Educação Permanente do município (Anexo A), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa -CEP-UEPG, aprovado sob o Parecer Consubstanciado do CAAE n.º 64430122.7.0000.0105 (Anexo B).

Para a abordagem quantitativa, o cálculo amostral foi realizado a partir da população de $n=5292$, referente à média anual dos nascidos vivos de mães residentes do município (Ponta Grossa, 2021), considerando-se margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, distribuição heterogenia da população (50/50), conforme Bolfarine e Bussab (2005). O número mínimo de participantes ficou definido em 358 participantes, conforme Quadro 3.

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Quadro 3 - Descrição da fórmula para o cálculo amostral

Onde	Valores para o cálculo amostral
Z = Abscissa da normal padrão	1,96* (95%)
N = Tamanho da população	5292 (números de nascidos vivos)
p = Estimativa da proporção	0,5
q = 1-p	0,5
d = Erro amostral	0,05 (5,0%)

Fonte: BOLFARINE, H; BUSSAB, W. Elementos de Amostragem. Edgard Blucher, 1ª ed, São Paulo: 2005.

*nº crítico da tabela normal.

A partir da amostra, foi realizada a partilha proporcional para as unidades de saúde da área urbana do município, conforme o número de crianças cadastradas disponibilizado pela gestão da APS e confirmado *in loco* no primeiro contato em cada Unidade de Saúde da Família, de acordo com a Tabela 8. Na ocasião buscou-se o enfermeiro para mediar este processo, bem como informar os demais membros da equipe sobre a realização da pesquisa.

Tabela 8 - Distribuição de crianças de 0 a 2 anos, segundo o número cadastrado por unidade de saúde urbana, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

(Continua)

DISTRITO	UNIDADE DE SAÚDE	Nº de crianças cadastradas de 0 a 2 anos de idade	% da amostra (n=358)	n amostral/USF
BOA VISTA/ESPLANDA	Adam Polan	155	2,6	09
	Antônio Horácio Carlos de Miranda	207	3,4	12
	Antônio Russo (UBS)	216	3,6	13
	Aurélio Grott	28	0,5	02
	Eugênio José Bocchi	119	2,0	07
	Jose Bueno	105	1,7	06
	Júlio de Azevedo	246	4,1	15
	Dra. Zilda Arns	85	1,4	05
	Jayme Gusmann	35	0,6	02
	Agostinho Brenner	165	2,7	10
	Adão Ademar Andrade	87	1,4	05
	Jose Carlos Araujo	75	1,2	04
	Ezebeu Linhares	75	1,2	04
	Otoniel Pimentel Santos	148	2,5	09
	Dr. Cyro de Lima Garcia	81	1,3	05
	Lauro Muller	145	2,4	09
	Ambrósio Bricailo	139	2,3	08
	Antônio Schwanzee	143	2,4	09
NOVA RUSSIA	Carlos Ribeiro de Macedo	57	0,9	03
	Jamil Mussi	51	0,8	03
	Javier Cejas Arzabe	311	5,2	18
	Louis Charles Buron	124	2,1	07
	Luiz Fernando Cajado Braga	34	0,6	02
	Romulo Pazzinato	81	1,3	05
	Paulo Madureira Novaes	72	1,2	04
	Egon Roskamp	114	1,9	07
	Carlos Dezaunet Neto	98	1,6	06
	Alfredo Levandovski	192	3,2	11
SANTA PAULA	Clyceu Carlos de Macedo	73	1,2	04
	Roberto de Jesus Portella	142	2,4	08
	Adilson Baggio	236	3,9	14
	Felix Vianna	98	1,6	06
	Abraão Federmann	72	1,2	04
	Lubomir Urban	109	1,8	06
	Antero Machado de Mello	114	1,9	07
	Sila Sallen	72	1,2	04
	Santo Domingo Zampier	282	4,7	17
	Cleon Francisco de Macedo	163	2,7	10
UVARANAS I	Sady Macedo Silveira	60	1,0	04

Tabela 8 - Distribuição de crianças de 0 a 2 anos, segundo o número cadastrado por unidade de saúde urbana, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

(Conclusão)

DISTRITO	UNIDADE DE SAÚDE	Nº de crianças cadastradas de 0 a 2 anos de idade	% da amostra (n=358)	n amostral/USF
UVARANAS II	Sharise Angelica Arruda	133	2,2	08
	Nilton Luis de Castro	211	3,5	13
	Antônio Saliba	314	5,2	19
	Horácio Droppa	210	3,5	12
	Cesar Milleo	156	2,6	09
	Madre Josefa Stenmanns	134	2,2	08
	Dr. Luiz Conrado Mansani	60	1,0	04
	Aluizio Grochoski	69	1,1	04
TOTAL		6021	100	358

Fonte: Organização própria.

Os critérios para inclusão estabelecidos foram:

- Para a criança:

- ✓ Ser cadastrada e usuária da ESF em sua área de abrangência;
- ✓ Ter, no mínimo, duas consultas realizadas pelo médico ou enfermeiro da ESF no último ano, acompanhada do pai e/ou mãe ou cuidador;
- ✓ Ter de 0 (zero) a 2 (dois) anos de idade.

- Para o pai ou mãe ou cuidador:

- ✓ Ser o (a) principal cuidador(a) da criança; ter acompanhado a criança, no mínimo, em duas consultas na referida ESF.

- Para a Unidade de Saúde da Família:

- ✓ Ter, no mínimo, doze meses de atividade.

Estabeleceu-se como critérios para exclusão:

- ✓ Criança com utilização casual dos serviços da ESF para finalidades específicas, como imunização ou curativo, que não utilizavam o serviço de puericultura e pertencer a mesma família de outra criança incluída no estudo.
- ✓ Pai ou mãe ou cuidador que não apresenta condições cognitivas (comprovadas por profissional da saúde mental, neurologista – registrado no prontuário da unidade de saúde) para responder aos questionários.
- ✓ Unidade de Saúde da Família que tem ausência do profissional médico ou enfermeiro por mais de seis meses.

Para a investigação qualitativa, delimitou-se uma amostra de 20 participantes que incluiu pais ou mães ou cuidadores, contemplando os 6 distritos sanitários do município de Ponta Grossa, utilizando-se o critério de seleção por conveniência.

3.3.1 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados envolveu um instrumento estruturado, contendo informações sobre características sociodemográficas (Apêndice A) e para medir a presença e extensão dos atributos da APS na ESF foi utilizado o PCATool-Brasil criança, versão extensa (Anexo C).

O instrumento PCATool é composto por 55 itens distribuídos em 3 questões que aferem o grau de 'Afiliação' do usuário ao serviço de saúde, e 52 questões para mensurar o 'Acesso de Primeiro Contato', 'Longitudinalidade', 'Integralidade' e 'Coordenação da Atenção', em que cada atributo apresenta os componentes estruturais e processuais relacionados à atenção à saúde da criança, além de orientação familiar e comunitária, conforme o Quadro 4 (Brasil, 2020a).

O conjunto de questões de cada atributo subsidiou tanto a pesquisa quantitativa quanto a qualitativa, ao abordar os pais ou mães ou cuidadores sobre suas percepções relacionadas à presença e à extensão dos atributos da APS na atenção ofertada à criança pela eSF.

Quadro 4 - Componentes estruturais e processuais da atenção à saúde da criança

Atributos Essenciais	Componente: estrutural	Itens no PCATool	Componentes: processo	Itens NO PCATool
Longitudinalidade	Grau de Afiliação	A1 A2 A3	Longitudinalidade	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14
Acesso de Primeiro Contato	Acessibilidade	C1 C2 C3 C4 C5 C6	Utilização	B1 B2 B3
Integralidade	Serviço Disponível	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9	Serviço Prestados	H1 H2 H3 H4 H5
Coordenação	Sistema de Informação	F1 F2 F3	Integração de Cuidados	E2 E3 E4 E5 E6
Atributos Derivados	Orientação Familiar		I1 I2 I3	
	Orientação Comunitária		J1 J2 J3 J4	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

As respostas ao instrumento, primeiramente, eram obtidas em escala do tipo *Likert*, com intervalo de um a quatro para cada atributo: 4 para ‘com certeza sim’, 3 para ‘provavelmente sim’, 2 para ‘provavelmente não’, 1 para ‘com certeza não’ e 0 para ‘não sei/não lembro’ (Brasil, 2020a). Após, os participantes foram instigados a discorrer sobre suas percepções acerca dos questionamentos presentes no instrumento de coleta de dados, sendo as suas falas registradas no diário de campo.

3.3.2 Coleta dos Dados

A coleta dos dados ocorreu de 10 julho a 07 de dezembro de 2023, com auxílio de duas acadêmicas dos cursos de Arquitetura e Medicina, as quais foram previamente treinadas em relação aos instrumentos de coleta. O teste-piloto ocorreu no mês de junho de 2023 em uma unidade básica do município, perfazendo 10 entrevistas, que não compuseram a amostra desta pesquisa.

Para facilitar o acesso aos pais ou mães ou cuidadores das crianças, foi solicitado à coordenação da APS da Fundação de Saúde de Ponta Grossa os dias e períodos das consultas de puericultura nas unidades de saúde. A partir do alinhamento da logística, deu-se início as coletas. A pesquisadora se deslocava às unidades de saúde conforme os dias previstos para puericultura, de acordo com a Tabela 9. A coleta ocorreu até atingir a amostra calculada, havendo necessidade de retornos à mesma unidade em casos que não foram possíveis de concluir em uma oportunidade. Os fatores que contribuíram para isso foram, principalmente, falta da criança na consulta, alterações de agendas, reforma da unidade de saúde, férias do profissional que realiza a consulta da criança e número de crianças agendadas para o período menor que a necessidade amostral calculada para aquela unidade.

Tabela 9 - Distribuição dos dias e períodos da consulta de puericultura nas Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2024

(Continua)												
BOA VISTA/ ESPLANADA	Distrito	Unidade de Saúde	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex	
			M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
		Adam Polan				X		X		X		
		Antônio Horácio Carlos de Miranda									X	X
		Antônio Russo (UBS)										
		Aurélio Grott		X		X		X		X		X
		Eugênio José Bocchi					X	X				
		Jose Bueno					X	X	X	X		

Tabela 9 - Distribuição dos dias e períodos da consulta de puericultura nas Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2024

		(Conclusão)									
Distrito	Unidade de Saúde	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
OFICINAS	Júlio de Azevedo		X								
	Dra. Zilda Arns	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Jayme Gusmann							X	X		
	Agostinho Brenner					X	X				
	Adão Ademar Andrade			X	X						
	Jose Carlos Araujo							X	X		
	Ezebeu Linhares					X	X				
	João de Oliveira Bello	X	X								
	Ottoniel Pimentel Santos					X	X				
	Dr. Cyro de Lima Garcia	X	X					X	X		
NOVA RUSSIA	Lauro Muller	X	X	X	X						
	Ambrósio Bricailo	X	X					X	X		
	Antônio Schwanzee		X								
	Carlos Ribeiro de Macedo	X				X					
	Jamil Mussi		X	X	X						
	Javier Cejas Arzabe		X				X		X		
	Louis Charles Buron	X	X			X	X				
	Luiz Fernando Cajado Braga		X		X				X		X
	Romulo Pazzinato							X	X		
	Paulo Madureira Novaes	X	X	X	X						
SANTA PAULA	Egon Roskamp	X	X								
	Carlos Dezaunet Neto				X						
	Alfredo Levandovski		X	X	X	X	X				
	Clyceu Carlos de Macedo			X	X			X	X		
	Roberto de Jesus Portella		X				X				
	Adilson Baggio	X	X								
	Felix Vianna		X			X					
	Abraão Federmann				X					X	
	Lubomir Urban							X	X	X	X
	Antero Machado de Mello					X	X	X	X		
UVARANAS I	Sila Sallen					X	X	X	X		
	Santo Domingo Zampier					X	X				
	Cleon Francisco de Macedo					X	X	X	X		
	Sady Macedo Silveira		X			X					
	Sharise Angelica Arruda					X					
	Nilton Luis de Castro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Antônio Saliba					X					
	Horácio Droppa			X	X			X	X		
	Cesar Milleo							X	X		
	Madre Josefa Stenmanns							X	X		
UVARANAS II	Dr. Luiz Conrado Mansani	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Aluizio Grochoski								X		

Fonte: Organização própria (2024).

Nota: M (manhã); T (tarde).

Os pais ou mães ou cuidadoras das crianças foram abordadas nas salas de espera das consultas nas respectivas unidades. Para aqueles elegíveis, procedeu a explanação referente à pesquisa, destacando o objetivo, a forma de participação e sanando as dúvidas que emergiram. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e o aceite do participante mediante a assinatura do mesmo¹¹, foi aplicado o instrumento contendo os dados sociodemográficos (Apêndice A) e o PCATool-Brasil, versão criança (Anexo C). Para obtenção dos dados referentes ao nascimento das crianças, utilizou-se os registros na carteirinha de saúde da criança.

As variáveis sociodemográficas para a caracterização dos participantes e da população do estudo, foram as seguintes:

- Pais/mães/cuidadores: bairro de residência; unidade de saúde de referência; local onde fez pré-natal, número de consultas de pré-natal; grau de parentesco com a criança; idade; estado civil; cor/raça; escolaridade; número e idade dos filhos; ocorrência de aborto; número de pessoas que moram na casa; número de cômodos usam para dormir; número de pessoas ajudam na renda da residência; faixas de renda; moradia; tipo de moradia; destino dos resíduos e abastecimento de água.

- Crianças: idade; sexo; cor/raça; local de nascimento; idade gestacional; peso e comprimento ao nascer; apgar ao nascer (1º e 5º min); amamentação na 1ª hora; desmame precoce; triagem neonatal, esquema vacinal e número de consultas de puericultura realizadas.

As variáveis referentes aos atributos da APS são:

- Grau de Afiliação;
- Atributos essenciais, que envolve: Acesso de Primeiro Contato – ‘Acessibilidade’ e ‘Utilização’, Longitudinalidade, Coordenação – ‘Integração de cuidados’ e ‘Sistema de Informação’, Integralidade – ‘Serviços Disponíveis e ‘Serviços Prestados;
- Atributos derivados: ‘Orientação Familiar e ‘Orientação Comunitária’.

Os dados qualitativos foram coletados concomitantes a partir da aplicação do instrumento PCATool e utilizou-se o diário de campo para os registros das falas que emergiram e demais observações feitas por esta pesquisadora.

¹¹ Foi disponibilizada uma via ao participante e a outra ficou de posse da pesquisadora.

3.3.4 Análise dos Dados

Para análise dos resultados obtidos por meio do instrumento PCATool foram calculados os escores dos atributos para cada entrevista realizada. O escore para cada componente da APS foi obtido pela soma dos valores das respostas dos itens que formam o componente ou atributo dividido pela quantidade total de itens do componente ou atributo, conforme as recomendações do Manual PCATool-Brasil, versão criança (Brasil, 2020a), que indica a seguinte regra:

1º - Inversão de valores na escala dos itens C2, C4, C5 e D10 de modo que o cálculo dos escores os valores elevados da escala demonstrem a presença das características nos serviços. Sendo assim, é necessária a inversão da escala conforme ilustrado (4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4);

2º - Para cada participante da pesquisa, se a quantidade de itens com valores ausentes no componente (respostas na opção 9) atingir 50%, não se calcula o escore deste componente para esta pessoa entrevistada. Porém, se a quantidade de itens com respostas 9 foi inferior a 50% do total de itens no componente, o valor 9 foi transformado para valor 2 e calculado o escore do componente. Assim, minimiza a perda de dados e pode ser considerada conservadora, uma vez que classifica negativamente as características do serviço de saúde que podem não ser de conhecimento do participante;

3º - Calcula-se o escore de cada componente, conforme as diretrizes do Manual PCATool-Brasil, versão criança.

Para 'Afiliação' utilizou-se os seguintes algoritmos:

- Se todas as respostas não ($A1 = A2 = A3$), grau de 'Afiliação' = 1;
- Se uma, duas ou três respostas sim e relativas a diferentes serviços de saúde/profissionais ($A1 \neq A2 \neq A3$): grau de 'Afiliação' = 2;
- Se duas respostas sim e relativas ao mesmo serviço de saúde/ profissionais ($A1 = A2$ ou $A1 = A3$ ou $A2 = A3$), grau de 'Afiliação' = 3
- Se todas as respostas sim e relativas ao mesmo serviço de saúde/ profissionais ($A1 = A2 = A3$), grau de 'Afiliação' = 4;

Acesso de Primeiro Contato – 'Utilização' (3 itens) Escore B = $(B1 + B2 + B3)/3$;

Acesso de Primeiro Contato – 'Acessibilidade' (6 itens) Escore C = $(C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6)/6$;

Longitudinalidade (14 itens) Escore D = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) /14;

Coordenação – ‘Integração de Cuidados’ (5 itens) Escore E = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6)/5;

Coordenação – ‘Sistema de Informações’ (3 itens) Escore F = (F1 + F2 + F3)/3;

Integralidade – ‘Serviços Disponíveis’ (9 itens) Escore G = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9)/9;

Integralidade – ‘Serviços Prestados’ (5 itens) Escore H = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5)/5;

‘Orientação Familiar’ (3 itens) Escore I = (I1 + I2 + I3)/3;

‘Orientação Comunitária’ (4 itens) Escore J = (J1 + J2 + J3 + J4)/4.

O escore essencial foi calculado pela soma dos escores dos componentes que constituem os atributos essenciais, dividido pelo número total de componentes essenciais, conforme o algoritmo abaixo.

Escore Essencial da APS = (Afiliação + Escore B + Escore C + Escore D + Escore E + Escore F + Escore G + Escore H)/8.

O escore geral foi obtido pela soma dos escores de todos os componentes que formam os atributos essenciais e os atributos derivados, dividido pelo número total de componentes.

Escore Geral da APS = (Afiliação + Escore B + Escore C + Escore D + Escore E + Escore F + Escore G + Escore H + Escore I + Escore J)/10

Posteriormente, foi realizada a transformação do escore para valores de 0 a 10, mediante a seguinte formula:

Escore 0 a 10

$$\frac{\text{Escore obtido} - \text{valor mínimo escala}}{\text{valor máximo escala} - \text{valor mínimo escala}} \times 10$$

$$\frac{\text{Escore obtido} - 1}{4 - 1} \times 10$$

Dessa forma, originando o ponto de corte, classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão

dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com, no mínimo, a categoria de resposta “provavelmente sim”, atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presente as características de serviços reconhecidos como orientados à APS (Brasil, 2020a).

Posteriormente, os dados originados das análises dos atributos de cada componente, bem como as características dos participantes e das crianças, foram tabulados em planilha *Excel*, analisados utilizando o *software* livre PSPP 1.3.0 e aplicados os seguintes testes:

- ✓ Teste de Kolmogorov Smirnov – para verificar a normalidade dos dados (valores $>0,05$ paramétricos; $<0,05$ não-paramétricos);
- ✓ Teste t Student – para comparar dois grupos independentes (paramétrico);
- ✓ Mann-Whitney - para comparar dois grupos independentes (não-paramétrico);
- ✓ Anova – para comparar três ou mais grupos independentes (paramétrico);
- ✓ Kruskal-Wallis - para comparar três ou mais grupos independentes (não-paramétrico).

Para a análise qualitativa, a partir das falas dos participantes, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A proposta elenca e articula o material verbal coletado, que, ao final do processo, redundam em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais. Esses depoimentos são redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se por meio de um único sujeito de discurso (Lefevre; Lefreve, 2006).

Esta técnica consiste em selecionar as expressões-chave a partir dos trechos mais significativos de cada resposta individual a uma questão. A essas expressões correspondem ideias centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado. Com o material das expressões-chave das ideias centrais constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, em que o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (Lefreve; Crestana; Cornetta, 2003).

No próximo capítulo, apresentam-se os resultados obtidos a partir dos procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa, comparando-os com as evidências científicas sobre atenção à saúde da criança na APS.

CAPÍTULO 4 – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO A CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa de campo que abarcam a concretização dos objetivos desta tese referente à presença e à extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à criança prestada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na área urbana no município de Ponta Grossa. Também, apresentam-se o perfil sociodemográfico das famílias, as características das crianças atendidas no serviço, a relação dos atributos da APS e os indicadores infantis locais, considerando os aspectos sociodemográficos.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS FAMÍLIAS E CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ÁREA URBANA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Neste item apresenta-se a análise das famílias e crianças participantes da pesquisa de campo realizada em 46 unidades de Estratégia Saúde com o propósito de responder ao objetivo específico: analisar o perfil sociodemográfico das famílias e crianças atendidas nos serviços da ESF no município de Ponta Grossa.

A Tabela 10 apresenta o perfil das famílias de crianças pesquisadas referente a última gestação e ao número de filhos. A maioria das mulheres acessaram 7 ou mais consultas de pré-natal, 88,0%, com uma taxa de cesariana de 51,7%; vivenciaram o aborto 16,8% delas. Em relação ao número de filhos, observa-se que a maioria das famílias tem até três filhos (87,7%), com maior frequência naquelas que tem um filho (37,7%).

Tabela 10 - Distribuição do nº. de consultas de pré-natal, tipo de parto, aborto e nº. de filhos das mães de crianças atendidas na Atenção Primária à Saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

(Continua)

Perfil sociodemográfico	Total	
	n	%
Nº de consultas de pré-natal		
< 7	38	10,6
≥ 7	315	88,0
Não se aplica*	5	1,4

Tabela 10 - Distribuição do nº. de consultas de pré-natal, tipo de parto, aborto e nº. de filhos das mães de crianças atendidas na Atenção Primária à Saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

(Conclusão)

Perfil sociodemográfico	Total	
	n	%
Tipo de parto		
Vaginal	167	46,6
Cesária	185	51,7
Não se aplica*	5	1,4
Aborto		
Sim	60	16,8
Não	294	82,1
Não se aplica*	4	1,1
Número de filhos		
Um filho	135	37,7
Dois filhos	106	29,6
Três filhos	73	20,4
Quatro ou mais filhos	44	12,5

Fonte: Elaboração própria.

*Variáveis: pré-natal, tipo de parto e aborto, não se aplica aos participantes, pai e avó.

O acompanhamento do pré-natal objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, preservando a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. As recomendações em âmbito nacional, em 2012, era de no mínimo seis consultas de pré-natal (Brasil, 2012c). A linha de cuidado materno infantil do Paraná recomenda o acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas (Paraná, 2022).

Esse indicador está alinhado aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, especialmente às metas 3.1 e 3.2 que versam sobre a redução da mortalidade materna, de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (ONU, 2024). A Rede Cegonha é uma iniciativa do MS com a finalidade de contribuir para o alcance dessas metas (Brasil, 2011e).

Apesar dos avanços de políticas públicas e de ações de saúde para qualificar a atenção às mulheres e crianças, estudo evidencia diferenças regionais importantes, com menor percentual de sete consultas ou mais na região Norte. O maior percentual de sete consultas ou mais está associado às mulheres com mais idade, com companheiro, brancas e com doze anos ou mais de escolaridade (Ré; Nascimento; Fonseca, 2022).

Estudo brasileiro mostrou que a cobertura de mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal foi mais prevalente no Sudeste, Sul e Centro-Oeste, 77,3%,

73,9%, 72,0%, respectivamente (Leal *et al.*, 2020). Em três Regionais de Saúde do Paraná, na assistência ao pré-natal, tiveram cobertura superior a 80% de seis ou mais consultas (Ruiz *et al.*, 2021), corroborando com a presente pesquisa que 88% das participantes tiveram sete consultas ou mais. A cobertura e qualificação do pré-natal pode contribuir para reduzir desfechos negativos, como o aborto.

A taxa de cesariana é outro indicador que pode impactar a morbimortalidade materna e neonatal. Essas taxas aumentaram substancialmente em todas as regiões do mundo, principalmente em países da América Latina. O Brasil se destaca com a segunda maior taxa de cesariana do mundo, alcançando 56,3% de todos os nascimentos em 2019, com distribuição desigual. As regiões mais desenvolvidas do país, hospitais privados, mulheres com idade maior ou igual a 35 anos, de cor da pele branca e com maior nível de escolaridade apresentam as maiores taxas de partos cesárias (Dias *et al.*, 2022). Tanto as taxas de cesariana brasileira quanto da presente pesquisa, 51,7%, estão acima daquelas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, que são de 10 a 15% (OMS, 1985).

Outro estudo realizado em Ponta Grossa evidenciou uma taxa de cesariana de 51,7%, bem como que 59,1% das participantes não tiveram opção de escolha de posição de parto e 89,5% referiram que os partos foram centrados no médico (Schweiss *et al.*, 2022). O parto e nascimento no Brasil vem sendo modificado ao longo dos anos. O processo de nascimento realizado em domicílio, auxiliado por parteiras, com o avanço tecnológico e a inserção das ciências médicas, foi incorporado na atenção hospitalar, medicalizado, muitas vezes centrado no profissional, tornando-o protagonista e a mulher, perdendo sua autonomia (Vendrusculo, Kruell, 2016, Aquino *et al.*, 2023). No Brasil, observa-se um movimento de transição do modelo de assistência ao parto e nascimento para devolver a autonomia da mulher, para que esta tenha poder de escolha e protagonismo no parto (Morais *et al.*, 2019).

Outro avanço foi referente aos direitos reprodutivos, possibilitando as pessoas tomarem decisão sobre quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas (Brasil, 2009b). No Brasil, a taxa de fecundidade reduziu de 6,16 em 1940 para 1,87 em 2010 e, por volta de 2030, deve-se alcançar o patamar de 1,5. A continuada queda da fecundidade é em grande parte responsável pela queda do tamanho médio das famílias brasileiras, que passou de 3,62 pessoas para 3,07 pessoas por família (Brasil,

2023f), confirmando o número de filhos entre as famílias estudadas, que apresentou média de 3 filhos.

A Tabela 11 apresenta o perfil sociodemográfico das famílias de crianças participantes do estudo, segundo as variáveis: cuidador principal; situação conjugal; cor/raça; faixa etária; escolaridade. Destaca-se a mãe como principal cuidadora das crianças (98,6%). Quanto à situação conjugal, a maioria das famílias estão constituídas, com a presença do(a) companheiro(a) (77,9%); 20,9% está na condição de mãe solteira. Em relação à faixa etária do(a) cuidador(a) principal, o extrato predominante foi entre 21 e 30 anos, seguido de 31 a 40 anos, com tendência menor entre os mais jovens e adolescentes (16,8%) e acima de 40 anos (4,2%). Entre os(as) participantes, a maioria se autodeclarou brancos e pardos/mestiços, 58,9% e 34,9%, respectivamente. No que se refere ao estudo, 53,3% apresentam 10 anos ou mais.

Tabela 11 - Perfil das famílias das crianças atendidas na atenção primária à saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

Perfil sociodemográfico	Total	
	n	%
Cuidador principal		
Pai	3	0,8
Mãe	353	98,6
Avó	2	0,6
Situação conjugal		
Casada	128	35,8
União estável	151	42,2
Solteira	75	20,9
Divorciada	3	0,8
Viúva	1	0,3
Cor/raça		
Branca	211	58,9
Preta	20	5,6
Parda/mestiça	125	34,9
Amarela	2	0,6
Faixa etária		
≤ de 20 anos	60	16,8
21 a 30 anos	179	50,0
31 a 40 anos	104	29,1
41 a 50 anos	13	3,6
51 a 60 anos	2	0,6
Escolaridade		
Analfabeta/ Até 3ª série fundamental	4	1,1
Até 4ª série fundamental	4	1,1
Fundamental incompleto	56	15,6
Fundamental completo	33	9,2
Médio incompleto	70	19,6
Médio completo	141	39,4
Superior incompleto	22	6,1
Superior completo	28	7,8

Fonte: Elaboração própria.

A mãe, como cuidadora principal nesta pesquisa com expressivo percentual, 98,6%, vai ao encontro do estudo realizado no litoral catarinense em que 91% dos cuidadores que acompanhavam as crianças eram mulheres, fator que está relacionado ao papel social delegado a elas. A trajetória histórica da mulher é decorrente de parâmetros culturais enraizados e socialmente construídos, em que o papel de cuidar é uma atribuição feminina natural (Barreta *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, Zanello e Porto (2016) corroboram: a mulher é convocada a performar o papel materno e o homem desresponsabilizado, poupado, remetendo ao patriarcado. Apesar dos avanços nas políticas públicas, como as relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2009b), os cuidados dos filhos e as tarefas domésticas recaem sobre a mulher.

No Brasil, em 2022, as mulheres dedicaram aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos quase o dobro de tempo que os homens, 21,3 horas contra 11,7 horas. Observa-se diferença regional no cuidado, com maior desigualdade em relação aos homens na região Nordeste, 23,5 horas contra 11,8 horas. Entre as mulheres, as pretas ou pardas estavam mais envolvidas com o trabalho doméstico não remunerado que as mulheres brancas, 1,6 hora a mais (Brasil, 2024).

Outro aspecto importante é o cuidado realizado pelos avós, embora na presente pesquisa apresente um percentual pouco relevante. Na atualidade, as diferentes configurações familiares, considerando o aumento da expectativa de vida, a população idosa cresce, impactando na convivência, conectando gerações e transformando os arranjos familiares. Os avós assumem novos papéis e responsabilidades nesses contextos, além de contribuírem financeiramente na sustentação de suas famílias, também assumem cuidados junto aos netos (Bragato *et al.*, 2023).

A relação do cuidador e os determinantes sociais de saúde impactam na produção de saúde infantil. Entre os fatores estão a família, condições de moradia, escolaridade dos pais, trabalho e renda, alimentação, cultura, acesso a serviços e políticas públicas. O papel da família para a saúde da criança adquire peso fundamental. Quanto maior for sua capacidade de cuidar bem da criança, melhor será o potencial de saúde da mesma (Reis, 2005). Além disso, a privação paterna pode ser considerada um fator de risco para atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor (Araújo; Mélo; Israel, 2017). A consulta na primeira semana constitui um momento propício para a identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer, para avaliar o

binômio, mãe e recém-nascido, para estimular e auxiliar a família nas dificuldades, além de estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família (Brasil, 2012a).

Estudo referente à consulta neonatal na primeira semana de vida mostrou relação da maior prevalência de acesso à idade e ao estado civil da mãe. Filhos de mães com idade entre 30 e 39 anos tiveram maior frequência de acesso comparado a mães adolescentes. Esse resultado pode estar relacionado ao maior acesso à assistência pré-natal por mulheres na faixa dos 30 anos, o que aumenta as chances de recém-nascidos retornarem para consultas na primeira semana de vida. Quanto ao estado civil, crianças filhas de mães solo tiveram maior prevalência de acesso do que aquelas de mães casadas ou que viviam em união estável, contrariando o estigma social de inferioridade e incapacidade sobre mulheres que não estão inseridas em uma relação conjugal (Oscar *et al.*, 2022).

Referente a raça/cor materna, embora nesta pesquisa tenha uma frequência maior de mulheres brancas, uma revisão sistemática demonstrou uma associação à ocorrência de partos prematuros. Entre os fatores descritos na literatura estão os maternos: altura e o peso, paridade, complicações durante a gravidez, mães adolescentes; os comportamentais: tabagismo, consumo de álcool, drogas e outros; os socioeconômicos: renda familiar, habitação, ocupação, educação, tipo do trabalho materno e a maternidade solitária. Esses fatores de risco se interseccionam para o nascimento prematuro e estão mais fortemente presentes na vida das mulheres negras devido à posição de desvantagem que a elas é destinada pela sociedade (Oliveira *et al.*, 2018).

A Tabela 12 apresenta o perfil econômico das famílias de crianças participantes do estudo, segundo as variáveis: ocupação; renda familiar; pessoas que contribuem com a renda e número de dependentes da renda. A renda situa-se entre 1 a 3 salários mínimos, em 88,3% das famílias. Dentre as pessoas que contribuem com a renda das famílias, destacam-se uma pessoa (57,8%), seguido de duas (36,6%), sendo que o pai foi predominante em relação a quem contribui com a renda (43,9%). Famílias com 4 dependentes da renda foram as que apresentaram maior número (36,9%); entre os(as) participantes, 42,5%, estão no mercado de trabalho.

Tabela 12 - Perfil econômico das famílias das crianças atendidas na atenção primária à saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

Perfil econômico	Total	
	n	%
Ocupação		
Sim	152	42,5
Não	206	57,5
Renda Familiar		
Até 250 reais	1	0,3
250 a 500 reais	10	2,8
501 a 1.500 reais	89	24,9
1.501 a 2.500 reais	110	30,7
2.501 a 4.500 reais	106	29,6
4.501 a 9.500 reais	41	11,5
Mais de 9.500 reais	1	0,3
Pessoas que contribuem com a Renda		
Uma pessoa	207	57,8
Duas pessoas	131	36,6
Três pessoas	17	4,7
Quatro pessoas	3	0,8
Quem contribui para Renda		
Pai	157	43,9
Mãe	37	10,3
Pai e mãe	94	26,3
Pai e outros (avós e filhos)	24	6,7
Mãe e outros (avós, tios, irmãos e filhos)	19	5,3
Pai, mãe e outros (Avós e filhos)	4	1,1
Outros (avós e irmãos)	23	6,4
Número de dependentes da Renda		
Até 3 dependentes	108	30,2
4 dependentes	132	36,9
5 dependentes	80	22,3
6 dependentes ou mais	38	10,6

Fonte: Elaboração própria.

O desenvolvimento da criança pode ser influenciado por fatores como condições socioeconômicas, baixa renda, baixo nível de escolaridade, má condição de moradia, além da falta de acesso à educação, saúde, esporte e lazer. O desenvolvimento infantil deve ser uma prioridade política, em particular na primeira infância, o que demanda o compromisso de toda a sociedade e o incremento de políticas públicas que visem diminuir as iniquidades dos determinantes sociais (Silva; Veríssimo; Mazza, 2015).

Um estudo evidencia a pobreza e problemas de nutrição como fatores intervenientes no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de 0 a 3 anos de idade. A pobreza afeta diretamente a qualidade do ambiente domiciliar, principalmente pela falta de condições físicas e recursos necessários para promover adequadamente a estimulação e proteção infantil. As autoras sinalizam que o acesso à creche pode

minimizar o risco no desenvolvimento infantil relacionado à renda familiar (Araújo; Mélo; Israel, 2017).

Considerando a influência da renda na saúde infantil, um estudo de corte multipaís, Brasil, Equador e México, mostrou que os programas de transferência condicionada de renda foram significativamente associados à redução das taxas de hospitalização e mortalidade infantil na América Latina durante as últimas duas décadas, com associações mais fortes com a mortalidade pós-neonatal e causas relacionadas à pobreza (Cavalcanti *et al.*, 2023).

Essa estratégia contribui para mitigar a situação de vulnerabilidade social que pode ser agravada, dependendo do número de pessoas que compõe a família e contribuem com sua renda. A ocupação de mulheres é diretamente afetada pela atividade de cuidados de crianças, sendo 9,6% menor comparado àquelas que residem em domicílios sem crianças (Brasil, 2024). Outro aspecto relevante que pode influenciar a saúde da criança é a condição de moradia.

A Tabela 13 apresenta o perfil de moradia e infraestrutura pública, segundo as variáveis: moradia; tipo de moradia; abastecimento de água; rede de esgoto; coleta de lixo. A maioria dessas famílias acessa a infraestrutura pública do município. As condições de saneamento básico como: coleta regular dos resíduos domésticos, o abastecimento de água por meio da rede oficial e tratada e rede de esgoto oficial estão presentes em 99,2%, 98,9% e 92,2% dos domicílios, respectivamente. Quanto ao tipo de moradia, as construções, em sua maioria, são de alvenaria, 77,4% e 56,4% das famílias têm casa própria e os quartos são divididos em até 3 dos seus membros, na maioria das vezes.

Tabela 13 - Perfil de moradia e infraestrutura pública das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

(Continua)

Perfil de moradia e infraestrutura pública	Total	
	n	%
Moradia		
Própria	202	56,4
Alugada	112	31,3
Cedida	44	12,3
Tipo da moradia		
Alvenaria	277	77,4
Madeira	61	17,0
Material aproveitado	2	0,6
Mista	18	5,0

Tabela 13 - Perfil de moradia e infraestrutura pública das famílias de crianças atendidas nas Unidades de Saúde da área urbana no município, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

(Conclusão)

Perfil de moradia e infraestrutura pública	Total	
	n	%
Aglomeración domiciliar		
< 4 pessoas utilizando o mesmo cômodo para dormir	327	91,6
≥ 4 pessoas utilizando o mesmo cômodo para dormir	31	8,4
Destino dos resíduos domésticos		
Coleta regular	355	99,2
Queimado	1	0,3
Céu aberto	2	0,6
Abastecimento da água		
Rede oficial e tratada	354	98,9
Poço	4	1,1
Rede de esgoto		
Rede oficial	330	92,2
Fossa	26	7,3
Céu aberto	2	0,6
Água utilizada		
Filtrada	97	27,1
Fervida	6	1,7
Clorada	252	70,4
Não tratada	3	0,8

Fonte: Elaboração própria.

Neste estudo, a maioria das famílias acessam boas condições de moradia. A estrutura da construção em que a criança reside pode colaborar ou não para a garantia da saúde. Viver num local construído com estrutura sólida, que possua janelas para ventilação, que tenha um piso adequado, assim como luz elétrica, água tratada, saneamento básico, que seja livre de insetos e animais nocivos, certamente propicia maior qualidade de vida do que quando se vive em locais precários (Reis, 2005).

Reis (2005) acrescenta que infinitos elementos podem caracterizar precariedade, entre eles casas que não possuem laje, que são construídas apenas com “placa de muro” ou madeira; que têm telhados furados; chão de terra batida; ausência de energia elétrica e de abastecimento de água por rede oficial; que possuem esgoto a céu aberto; sofrem com a presença de animais nocivos (como ratos e escorpiões) e de fatores como mofo, infiltrações, poeira em excesso.

A moradia é um dos direitos humanos fundamentais previsto no artigo 6º da Constituição Federal do Brasil. É dever do Estado proporcionar a todos os cidadãos o acesso a uma moradia adequada, onde possam viver com segurança, paz e dignidade e se desenvolver de forma integral, da infância à idade adulta. Moradia é para além

de ter acesso a uma casa própria, precisa ter condições adequadas de higiene e conforto e deve preservar a intimidade pessoal e a privacidade familiar. As desigualdades sociais e de distribuição de renda existentes no Brasil afetam o acesso a uma moradia adequada. Muitas famílias acabam ocupando áreas insalubres, de risco ou vivendo em favelas, onde, muitas vezes, não têm água encanada, luz elétrica e saneamento básico (Fundação Abrinq, 2022).

No Brasil, um em cada dez crianças vive em moradia inadequada, apresentando piora nos níveis de privação intermediária deste direito, passando de 4,9% em 2017 para 5,7% em 2020. A privação intermediária é registrada quando a criança vive em uma casa com quatro pessoas por dormitório ou as paredes são de material inadequado, como madeira aproveitada. A privação extrema se dá quando a criança vive em uma casa com mais de quatro pessoas por dormitório, ou com paredes e teto de materiais inadequados (Unicef, 2023). Observa-se, nesta pesquisa, que a maioria das crianças vivem em moradias adequadas, com infraestrutura que favorece sua saúde.

A região Norte do país concentra as maiores taxas de moradias inadequadas, superiores a 20%. Destacam-se São Paulo e Rio de Janeiro, que sediam os dois maiores conglomerados urbanos do País, apesar do alto nível de desenvolvimento socioeconômico dessas unidades federativas. Verifica-se também desigualdades de moradias inadequadas em relação a cor/raça, cerca de 2 pontos percentuais a mais, para negros(as) e indígenas, tanto para privação intermediária quanto extrema. Observa-se desigualdade regional e racial referente ao acesso à água e ao saneamento, sendo mais afetados as regiões Norte e Nordeste e negros(as) e indígenas (Unicef, 2023).

Relacionado ao perfil das crianças, a idade variou de 0 a 2 anos, recorte desta pesquisa, com uma média de 8 meses, a maior frequência é entre aquelas de 0 a 6 meses (55,6%), sendo os meninos o maior número (n=189). A cor/raça, segue a tendência dos(as) cuidadores, a maioria declarada como brancas (n= 280; 78,2%), conforme dados sumarizado na Tabela 14.

Tabela 14 - Características das crianças quanto a idade, sexo e cor/raça, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

Características das crianças	Total	
	n	%
Idade		
0 a 6 meses	199	55,6
7 meses a 1 ano	84	23,5
13 a 18 meses	36	10,0
19 meses a 2 anos	39	10,9
Sexo		
Meninos	189	52,8
Meninas	169	47,2
Cor/raça		
Branca	280	78,2
Preta	4	1,1
Parda/mestiça	74	20,7

Fonte: Elaboração própria.

A frequência maior de crianças de 0 a 6 meses neste estudo está em consonância com a periodicidade de consultas realizadas de acordo com a estratificação de risco, conforme a Rede Mãe Paranaense (Ponta Grossa, 2022b). A identificação do recém-nascido de risco habitual, intermediário e de alto risco ao nascer possibilita orientação do plano de cuidados, conforme as necessidades dessas crianças. Os critérios da estratificação devem ser reavaliados de forma contínua e dinâmica, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, pois as crianças podem ter evolução que permita mudança de risco (Paraná, 2022).

Reforça que a estratificação de risco estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. Após a implantação da Rede Mãe Paranaense, observou-se pequena redução do coeficiente de mortalidade infantil, que era de 12,65/1.000 nascidos vivos em 2011 para 11,65/1.000 em 2014. Em 2019 o número de óbitos registrado foi de 10,62/1.000 nascidos vivos (Fonseca et al., 2021).

O maior número de meninos neste estudo coaduna com o menor número de nascimentos de crianças do gênero feminino no país. Embora tenha ocorrido redução de nascimento para ambos os gêneros, a proporção contínua de 105 meninos para 100 meninas (Brasil, 2021).

A cor/raça das crianças, predominantemente branca declarada pelos participantes deste estudo, confirma a tendência do município em que 71,9% da população se autodeclararam brancas (Ipardes, 2024b). A Fundação Abrinq evidenciou a proporção maior de crianças brancas no Sul do país, 76,1%, seguidas

de pardas, 19,4%, e pretas, 3,6% (Miranda; Cintra, 2022), reforçando este panorama referente a cor.

A Tabela 15 apresenta o perfil de nascimento das crianças participantes do estudo, conforme as variáveis: local de nascimento; idade gestacional da mãe; peso e comprimento ao nascer; apgar; amamentação na 1ª hora. Dos nascimentos, 66,8% ocorreram no hospital credenciado para risco habitual e intermediário. Em relação à idade gestacional por ocasião do parto, a maioria situou-se em 39 semanas ou mais, 65,4%. Abaixo do peso ao nascimento teve um total de 9,8% das crianças. O comprimento variou de 34 a 54,5 cm, sendo mais frequente entre aquelas com 47 cm ou mais, 81,2%. A maioria das crianças apresentaram boa vitalidade ao nascer, apgar ≥ 7 no 1º minuto, 92,5% delas e no 5º minuto, 98%. Tiveram acesso a amamentação na 1ª hora 82,1% das crianças.

Tabela 15 - Perfil de nascimento de crianças de 0 a 2 anos, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

(Continua)

Perfil de nascimento das crianças	Total	
	n	%
Local de nascimento		
Hospital Universitário Materno-infantil	239	66,9
Santa Casa	95	26,5
Outros	24	6,7
Idade gestacional da mãe		
< 37 semanas	28	7,8
37 semanas	37	10,3
38 semanas	59	16,5
39 semanas	125	34,9
40 ou mais semanas	109	30,5
Peso ao nascer		
<2500g	35	9,8
≥ 2500 g	323	90,2
Comprimento ao nascer*		
≤ 47 cm	106	29,6
47,5 a 49,5 cm	145	40,5
50 ou mais	106	29,6
Apagar ao nascer 1º		
<7	27	7,5
≥ 7	331	92,5

Tabela 15 - Perfil de nascimento de crianças de 0 a 2 anos, Ponta Grossa, 2024
(n=358)

(Conclusão)

Perfil de nascimento das crianças	Total	
	n	%
Apagar ao nascer 5º		
<7	7	2,0
≥7	351	98,0
Amamentação na 1ª hora		
Sim	294	82,1
Não	64	17,9

Fonte: Elaboração própria.

*Uma criança não teve seu comprimento mensurado ao nascimento, por apresentar Apgar 0.

O local de nascimento sugere uma frequência maior de gestações de risco habitual e intermediário, embora apresente um percentual de 26,5 na maternidade credenciada para alto risco no município. Esses resultados apresentam similaridade ao estudo realizado no noroeste do Paraná (Leite; Gasquez; Bertoncim, 2019).

Outro estudo que analisou a estratificação de risco gestacional em três regionais de saúde do estado do Paraná evidenciou falta de estratificação pelos serviços de APS ou realizada de forma frágil, mostrando-se uma lacuna para a efetividade do acompanhamento pré-natal. Destaca-se que muitos problemas de saúde ou até mesmo a mortalidade materna podem estar associados aos fatores de risco na gestação (Bender *et al.*, 2021).

Leite, Gasquez e Bertoncim, (2019) reiteram a estratificação do risco das gestantes como uma estratégia de fundamental importância para a organização da assistência, segundo as necessidades de saúde a fim de promover uma assistência integral e oportuna para cada indivíduo, garantindo a qualidade à saúde da mulher e da criança. As condições de risco maternas mais comuns são pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus gestacional ou pré-existente, isoimunização materna pelo fator Rh, hepatites B e C, infecções sexualmente transmissíveis, prematuridade, dentre outros (Guedes *et al.*, 2022).

A prematuridade foi pouco relevante neste estudo. Demitto *et al.* (2017) identificaram que a mortalidade neonatal, entre mulheres com gestação de alto risco, esteve associada à prematuridade, muito baixo peso ao nascer e índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida.

A frequência de baixo peso de 9,8% encontrada nesta pesquisa está aquém da proporção de recém-nascidos abaixo de 2500g atendidos em uma maternidade de referência no interior do Ceará, 27,2%. Esse resultado apresentou relação com a idade gestacional, com um índice de prematuridade de 65%, bem como a idade materna, especificamente os extremos de idade. Esses dados elevados de gestantes adolescentes ou em idade materna avançada implicam em aumento baixo peso ao nascer e redução do índice de Apgar (Carvalho; Oliveira, 2023).

Estudo baseado na população de nascidos vivos no Brasil, no ano de 1999 e no biênio 2018-2019, mostrou diminuição na incidência de Apgar < 7 de 2,1% dos recém-nascidos em 1999 para 0,9% em 2018-2019. Entre os fatores de risco, evidencia-se o aumento da prematuridade, baixo peso ao nascer e anomalias congênitas. Observou-se que o aumento do número de consultas pré-natais e escolaridade materna se configuram como fatores de proteção, mostrando a importância de acesso e seguimento pré-natal adequados e investimento em melhores condições socioeconômicas como estratégia eficaz para redução de morbimortalidade neonatal (Magalhães *et al.*, 2023).

Os desfechos neonatais positivos favorecem a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido. A taxa de amamentação na primeira hora de vida deste estudo foi superior à encontrada na literatura. Estudo realizado com puérperas internadas no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas no Recife apresentou uma taxa 28,7% desse indicador. Teve como fatores associados a esta prática a presença do enfermeiro na sala de parto, o parto vaginal, o peso do recém-nascido ser igual ou maior que de três quilos e o contato pele a pele entre mãe e filho (Silva *et al.*, 2018).

A Tabela 16 demonstra indicadores de saúde das crianças de 0 a 2 anos participantes do estudo, conforme as variáveis: desmame precoce; triagem neonatal, cobertura de consultas de puericultura e vacinação. Entre as crianças, 100,0% realizaram a triagem neonatal, 21,8% apresentaram alterações. Dentre os testes realizados, a maior frequência de acometimento foi o da triagem neonatal auditiva, 18,4%. Das crianças, 93,6% apresentam esquema vacinal completo, 56,1% o número de consultas de acompanhamento é adequado para idade e 80,4% estavam em aleitamento materno exclusivo.

Tabela 16 - Indicador de saúde de crianças de 0 a 2 anos, Ponta Grossa, 2024 (n=358)

Indicadores de saúde das crianças	Total	
	n	%
Desmame precoce		
Sim	70	19,6
Não	288	80,4
Triagem neonatal		
Matriz biológica ("Teste do pezinho")		
Alteração	5	1,4
Sem alteração	353	98,6
Ocular ("Teste do olhinho")		
Alteração	5	1,4
Sem alteração	353	98,6
Auditiva ("Teste da orelhinha")		
Alteração	66	18,4
Sem alteração	292	81,6
Cardiopatia Congênita ("Teste do coraçãozinho")		
Alteração	2	0,6
Sem alteração	356	99,4
Esquema vacinal		
Completa	335	98,6
Incompleta	23	6,4
Puericultura		
Número de consultas adequado para idade	201	56,1
Número de consultas inadequado para idade	157	43,9

Fonte: Elaboração própria.

O aleitamento materno (AM), segundo a Unicef (2018), oferece benefícios ao binômio. Para a criança, diminui a mortalidade neonatal, estimula o desenvolvimento cerebral das crianças e fornece proteção contra sobrepeso e obesidade. Para a mãe, reduz o risco de câncer de mama e ovário e diabetes tipo 2, entre outros benefícios.

Nesta pesquisa o percentual de aleitamento materno exclusivo (AME) foi superior ao estudo que mostrou prevalência do AM de 68,4%, enquanto que a do AME foi de 33,8%. Entre os fatores associados à prática de AM estão mãe amamentada na infância, em idade gestacional > 37 semanas, em realização de seis ou mais consultas de pré-natal, em AM iniciado na 1ª hora de vida, em AM iniciado no hospital, em crianças de até 6 meses de idade e na ausência do uso de chupeta, sendo uma relação mais forte as três últimas variáveis (Andrade *et al.*, 2021).

Revisões integrativas investigaram as causas que levam a não adesão ao AME, tem-se os extremos de idade da nutriz, uso de chupeta, trabalho materno, dificuldade em amamentar, baixo nível de escolaridade, baixa renda familiar, fatores

emocionais, questões culturais e problemas mamários que atuam positivamente ou negativamente na amamentação (Pereira; Reinaldo, 2018; Silva; Ribeiro; Bezerra, 2022).

Outro indicador importante na atenção à saúde da criança é a triagem neonatal, alinhada como uma das ações estratégicas do eixo Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido na PNAISC. Destaca-se o acesso a esse direito de todas as crianças participantes deste estudo (Brasil, 2018).

Estudo transversal revelou o aumento da prevalência da TNC ao longo dos anos, reduzindo a proporção de crianças que fizeram exames isolados de triagem neonatal, porém 32,6% das crianças em 2019 não realizaram a Triagem Neonatal Completa (TNC). Na realização da TNC persistem desigualdades e defasagens entre os estados da federação e variáveis sociodemográficas, sendo menor nas crianças de cor/raça parda e preta, com menores renda, sem plano de saúde, cadastradas na ESF, da região norte, de cidades do interior e da zona rural do Brasil. As observações indicam os desafios da PNAISC na busca de elevadas e homogêneas prevalências e distribuição espaço-temporal da conquista de direito e necessidade de cuidado neonatal no Brasil (Melo *et al.*, 2023).

A vacinação também apresentou percentuais elevados entre os participantes deste estudo, superando um estudo nacional sobre cobertura vacinal entre crianças beneficiárias de programa de transferência de renda avaliadas no primeiro e no segundo ano de vida. A cobertura vacinal foi 2,5 vezes maior no primeiro (61,0%), comparado ao segundo acompanhamento (24,8%). Os percentuais de vacinação adequada no primeiro ano de vida foram maiores entre crianças pertencentes a famílias do quintil mais rico e que as mães tinham ≥ 9 anos de escolaridade (63,3%). No segundo acompanhamento não apresentou diferenças (Barcelos *et al.*, 2021).

Em 2023, mais de 60% dos municípios brasileiros não atingiram a meta de cobertura vacinal recomendada pelo MS, considerando os imunizantes aplicados durante o primeiro ano de vida da criança. Os imunizantes hepatite A, primeiro reforço da pneumocócica; primeiro reforço da meningocócica; DTP (difteria, o tétano e coqueluche); primeira e segunda dose da tríplice viral e febre amarela, registraram alta comparados a 2022. A vacina BCG e a hepatite B tiveram a pior cobertura da última década, com redução de quase 30% em relação a 2022. Registraram pequena queda comparado a 2022 os imunizantes rotavírus, meningocócica, pneumocócica e

varicela. A vacina contra o HPV teve um incremento de 30%. O percentual de cobertura vacinal indica a necessidade de reforçar as ações para melhorar esse indicador (Instituto Butantan, 2024).

As consultas de puericultura podem contribuir para o alcance das metas de cobertura vacinal. No presente estudo, pouco mais da metade das crianças haviam realizado o número de consultas conforme pactuação no estado (Paraná, 2021). Existe uma baixa adesão dos pais à puericultura, podendo estar atrelada ao aumento da procura por atendimento das crianças em áreas hospitalares, aumentando os gastos de recursos públicos e perdendo-se a oportunidade da realização da prevenção na APS. Além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, por meio de consultas, realiza-se a atualização das vacinas, fundamental na redução da mortalidade infantil, na prevenção das doenças imunopreveníveis e na proteção da saúde da criança (Baleiro *et al.*, 2021).

A adesão à consulta de puericultura neste estudo contrastou com a elevada cobertura do calendário de imunização em dia das crianças. Observou-se alta frequência de crianças que não foram levadas regularmente ao serviço de puericultura para o acompanhamento de rotina. Estudo mostra que as famílias compreendem a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, porém deparam-se com dificuldades ao aderir à puericultura como o planejamento das equipes, a rigidez no cronograma de agendamento das consultas e falta de informações (Rezer; Souza; Faustino, 2020).

Um estudo demonstrou que as fragilidades na adesão à puericultura podem ser superadas a partir da análise situacional a fim de propor um plano de intervenção, bem como do conhecimento da eSF e da comunidade sobre a puericultura e seus benefícios na saúde da criança. O Planejamento Estratégico Situacional é um importante instrumento de planejamento e gestão que permite priorizar as ações conforme a capacidade real de execução que pode contribuir para mudanças importantes no processo de trabalho da equipe e na qualidade dos serviços prestados (Martins *et al.*, 2021).

4.2 ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Para analisar os Atributos Essenciais da APS da dimensão Processual e Estrutural e os Atributos Derivados a ênfase é nos resultados obtidos com o PCATool Brasil - versão criança, quanto a orientação ao modelo de saúde na prestação dos serviços voltados à criança no município de Ponta Grossa, visando alcançar o objetivo geral da pesquisa: avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Ponta Grossa.

O município de Ponta Grossa está organizado por meio das redes de atenção à saúde (RAS) (Ponta Grossa, 2021), na atenção à criança é fundamentada pela Rede Mãe Paranaense (Paraná, 2012). Nas RAS, a APS desempenha papel de destaque ao coordenar e orientar a atenção à saúde, assim como seus atributos, os quais podem ser verificados por meio de instrumentos como o PCATool (Benevides *et al.*, 2018).

Pode-se considerar que melhores resultados dos serviços de saúde serão alcançados a partir de uma APS estruturada em conformidade com seus atributos ordenadores (Leão; Caldeira; Oliveira, 2011). Entendendo este aspecto fundamental da APS, expressa os resultados relacionados aos componentes Processo e Estrutura na atenção à criança no município.

Apresentam-se as medidas descritivas dos escores (0-10) a partir da análise dos atributos relacionado à Estrutura ('Longitudinalidade' - grau de 'Afiliação' do usuário ao serviço de saúde, Acesso de Primeiro Contato – 'Acessibilidade', Integralidade – 'Serviços Disponíveis', Coordenação – 'Sistema de Informação') e da dimensão de Processo com os atributos referente à 'Longitudinalidade', 'Utilização', 'Serviços Prestados' e 'Integração de Cuidados', além de 'Orientação Familiar' e 'Orientação Comunitária'.

Conforme os resultados sistematizados na Tabela 17, em relação aos atributos referentes ao componente 'Estrutura', a 'Acessibilidade' e a Integralidade – 'Serviços Disponíveis' representam desempenho insatisfatório, caracterizado pelo escore médio <6,6. Quanto ao componente Processo, os quatro atributos apresentaram desempenho de satisfação. Entre os Atributos Derivados, 'Orientação Comunitária' obteve um desempenho insatisfatório. Os resultados dos Escore

Essencial e Geral revela a presença dos atributos, representado pelo escore $\geq 6,6$, demonstrando que os serviços de atenção à saúde da criança na área urbana do município de Ponta Grossa são orientados à APS.

Tabela 17 - Medidas descritivas dos escores (0-10) dos atributos dos serviços de Atenção Primária à Saúde da criança de Ponta Grossa, PR, 2024.

Atributos Essenciais	n Válido	Escore Médio/Desvio padrão	Escore mínimo	Escore máximo
Estrutura				
Longitudinalidade - grau de Afiliação	358	7,3 ($\pm 2,2$)	3,3	10
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	358	6,5 ($\pm 2,3$)	0,0	10
Integralidade – Serviços Disponíveis	339	6,0 ($\pm 1,6$)	2,2	9,2
Coordenação – Sistema de Informação	357	8,9 ($\pm 1,2$)	4,4	10
Processo				
Longitudinalidade	357	7,7 ($\pm 1,8$)	0,0	10
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	358	8,2 ($\pm 1,9$)	2,2	10
Integralidade – Serviços Prestado	358	8,8 ($\pm 2,3$)	0,0	10
Coordenação – Integração de Cuidados	64	8,0 ($\pm 2,9$)	0,0	10
Atributos Derivados				
Orientação Familiar	358	7,1 ($\pm 3,0$)	0,0	10
Orientação Comunitária	358	5,0 ($\pm 2,6$)	0,0	10
Escore Essencial	358	7,7 ($\pm 1,1$)	4,0	10
Escore Geral	358	7,3 ($\pm 1,3$)	3,3	9,9

Fonte: Elaboração própria.

Considerando-se a estratificação dos escores, baixos ($<6,6$) e altos ($\geq 6,6$) obtidos por atributo, verifica-se que os resultados em sua maioria foram satisfatórios. O componente ‘Sistema de informação’ apresentou o melhor percentual de satisfação (99,2%), enquanto o atributo ‘Orientação Comunitária’ obteve o pior percentual (37,2%). Destacam-se os percentuais insatisfatórios no componente Estrutura quanto à ‘Acessibilidade’ (41,1%) e ‘Serviços Disponíveis’ (59,3%). O componente Processual apresenta desempenho satisfatório para todos os atributos, especialmente o Acesso de primeiro contato – ‘Utilização’ (92,5%). Os resultados reafirmam os escores médios obtidos para cada atributo, confirmando a orientação à APS na de atenção à criança no município de Ponta Grossa, de acordo com os percentuais satisfatório do ‘Escore Essencial’ (82,4%) e ‘Escore Geral’ (73,5%), como mostra a Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição do grau de orientação dos atributos dos serviços de Atenção Primária à Saúde da criança de Ponta Grossa, PR, 2023.

Atributos Essenciais	n Válido	Escore baixos (<6,6)		Escore altos (≥ 6,6)	
		n	%	n	%
Estrutura					
Longitudinalidade - grau de Afiliação	358	49	13,7	309	86,3
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	358	147	41,1	211	58,9
Integralidade – Serviços Disponíveis	339	201	59,3	138	40,7
Coordenação – Sistema de Informação	357	3	0,8	354	99,2
Processo					
Longitudinalidade	357	96	26,9	261	73,1
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	358	27	7,5	331	92,5
Integralidade – Serviços Prestado	358	56	15,6	302	84,4
Coordenação – Integração de Cuidados	64	18	28,1	46	71,9
ATRIBUTOS DERIVADOS					
Orientação Familiar	358	100	27,9	258	72,1
Orientação Comunitária	358	225	62,8	133	37,2
ESCORE ESSENCIAL	358	63	17,6	295	82,4
ESCORE GERAL	358	95	26,5	263	73,5

Fonte: Elaboração própria.

No componente Estrutura, o grau de ‘Afiliação’ com percentual elevado de satisfação, 86,3%, remete à identificação e à utilização de um serviço de APS como a fonte regular de cuidado e reflete o quanto o paciente se sente pertencente ao serviço (Benevides *et al.*, 2018).

Os resultados apresentados coadunam a um estudo multicêntrico em que os atributos Acesso de primeiro contato – ‘Utilização’, Coordenação – ‘Integração dos cuidados’ e ‘Sistemas de informações’ e Integralidade – ‘Serviços Prestados’ foram mais bem avaliados pelos cuidadores que os atributos Acesso de primeiro contato – ‘Acessibilidade’ e Integralidade – ‘Serviços Disponíveis’ (Dornelles *et al.*, 2023).

Os Atributos Essenciais, ‘Acessibilidade’ e ‘Serviços Prestados’, e o Atributo Derivado, ‘Orientação Comunitária’, no presente estudo se apresentam como as maiores fragilidades dos serviços na perspectiva dos pais ou mães ou cuidadores das crianças.

O baixo escore para 'Acessibilidade' foi observado no estudo realizado por Leão, Caldeira e Oliveira (2011), indicando a presença de barreiras que dificultam o acesso das crianças aos serviços de saúde. Fato constatado também em outros estudos; no interior de Minas Gerais o escore desse componente ficou abaixo, tanto na percepção dos usuários quanto na dos profissionais (Silva; Alves, 2019). Em uma capital do Nordeste apresentou um escore médio 3,0 para esse atributo (Benevides *et al.*, 2018).

A análise do atributo Integralidade – 'Serviços Disponíveis' confirmam os achados da literatura representados pelo escore médio <6,6. A estrutura e a variedade de ações disponíveis na APS não alcançou desempenho satisfatório resultando em escores médio de 5,9 (Silva; Alves, 2019), 6,5 (Dornelles *et al.*, 2023), 5,2 (Santos *et al.*, 2018).

Relacionado ao atributo da 'Orientação Comunitária', 62,8% dos participantes desta pesquisa demonstraram insatisfação quanto à identificação dos problemas de saúde da comunidade pelos profissionais. Esse resultado vai ao encontro do achado em João Pessoa-PB, em que 57% das mães/cuidadoras acreditam que os profissionais não buscam identificar os problemas de saúde da comunidade (Reichert *et al.*, 2016).

Diante dos resultados apresentados nas Tabelas 17 e 18, buscando evidenciar as respostas dos participantes, foram analisados os itens que compõem cada atributo. Verifica-se que 96,1% dos pais ou mães ou cuidadores buscam os serviços da sua unidade de saúde de referência para as consultas de rotina e 90,8% para encaminhamentos a especialidades. Quanto a eventos agudos que acometem a criança, 41,6% deles recorrem a outros serviços. Entre os participantes, 45,0%, não confirmam a garantia do atendimento das crianças em casos de adoecimento, embora refiram facilidade na marcação da consulta. O tempo de espera para a consulta, superior a 30 minutos, é apontado por 48,3% deles e 30,4% referem que não têm acesso a outras formas de comunicação para aconselhamento sobre a criança, além da presencial, conforme a Tabela 19.

Tabela 19 - Distribuição de frequência dos itens do atributo Acesso de Primeiro Contato, 'Utilização' e 'Acessibilidade' na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=358)

Itens	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
B1	344	96,1	3	0,8	1	0,3	10	2,8	-	-
B2	181	50,6	17	4,7	11	3,1	149	41,6	-	-
B3	325	90,8	16	4,5	3	0,8	2	0,6	12	3,4
C1	197	55,0	42	11,7	27	7,5	58	16,2	34	9,5
C2	65	18,2	42	11,7	18	5,0	229	64,0	4	1,1
C3	313	87,4	17	4,7	7	2,0	20	5,6	1	0,3
C4	173	48,3	72	20,1	14	3,9	98	27,4	1	0,3
C5	89	24,9	49	13,7	19	5,3	177	49,4	24	6,7
C6	215	60,1	9	2,5	7	2,0	109	30,4	18	5,0

Fonte: Elaboração própria

Nota: B1. Quando a criança precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)" antes de ir a outro serviço de saúde? B2. Quando a criança tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) "serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)" antes de ir a outro serviço de saúde? B3. Quando a criança precisa consultar com um(a) especialista, o(a) "serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)" obrigatoriamente deve encaminhar a criança? C1. Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a) e a criança adoece, alguém deste serviço de saúde atende a criança no mesmo dia? C2. Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta para a criança no(a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)"? C3. É fácil marcar uma consulta de revisão para a criança (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)"? C4. Quando você chega no(a) "serviço de saúde", você tem que esperar mais de 30 minutos para que a criança consulte com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? C5. É difícil para você conseguir atendimento médico para a criança no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário? C6. Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, e-mail) se precisar?

Os resultados quanto ao Acesso de Primeiro Contato corroboram com o estudo de Dornelles *et al.* (2023), obtendo avaliação positiva quanto à 'Utilização', sinalizando que pais e/ou cuidadores buscam e necessitam do serviço da unidade de referência e o percebe como um lugar onde poderá encontrar atendimento para a criança. No que se refere à 'Acessibilidade', verifica-se que há dificuldade quanto ao agendamento de consulta, atendimento rápido e outras vias de contato, como telefone. A 'Acessibilidade' pode ser vista como qualidade do que é acessível e possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde. Em linhas gerais, referem-se às características da assistência ofertada, e o acesso é a forma como as pessoas a percebem.

Concorda-se com Leão, Caldeira e Oliveira (2011), que as dificuldades de alcance do atributo 'Acessibilidade' estejam vinculadas às particularidades da criança e às demandas curativas apresentadas aos serviços de saúde pelo maior volume de afecções agudas. Ressalta-se a importância da preocupação por parte dos serviços

de saúde quanto à maior vulnerabilidade biológica e social da criança para programação específica e provimento de maior acesso.

Nesse atributo, um estudo mostrou que as maiores fragilidades se relacionam à indisponibilidade dos serviços em fins de semana e no horário noturno e de um telefone de referência para os usuários no período em que as unidades estão fechadas. As normas para o horário de funcionamento das USF podem não atender às expectativas dos usuários e dificultar o acesso aos serviços de saúde. A maior disponibilidade de outros tipos de serviços, como consultórios privados e unidades de pronto atendimento, pode também aguçar o senso crítico dos usuários em relação à acessibilidade. O elevado tempo de espera dos usuários para receber atendimento também contribuiu para o baixo desempenho, refletindo a capacidade de organização das equipes e a demanda por ações imediatas (Silva; Alves, 2019).

Entende-se que a ESF ainda tem incorporado ao processo de trabalho dos profissionais mecanismos tradicionais, como horários preestabelecidos para demanda espontânea, com maior facilidade de acesso para consulta programada. Reconhecer a demanda espontânea frente ao risco de adoecimento da criança e articular com a demanda programada pode contribuir para organização da APS como porta de entrada no sistema de saúde (Santos *et al.*, 2018).

A Tabela 20 mostra a continuidade dos atendimentos pelos mesmos profissionais na utilização dos serviços voltados à criança nas unidades de saúde estudadas, afirmado por 74,5% dos participantes. Destaca-se a comunicação entre os profissionais e os pais ou mães ou cuidadores, permitindo tempo oportuno e conforto para falar sobre as preocupações ou problemas com a saúde da criança e a interação entre eles, possibilitando o conhecimento da história clínica da criança, apontado em 88,2% dos casos, e os medicamentos utilizados pelas mesmas, 91,0%. Contrapondo, é menor o percentual dos profissionais que conhecem a criança para além de alguém com problema de saúde, bem como sua família e os seus problemas mais importantes. Porém, dos participantes, 73,9% sinalizam que não mudariam de unidade de saúde.

Tabela 20 - Distribuição de frequência dos itens do atributo 'Longitudinalidade' na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=357)

Itens	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/ Não lembro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
D1	266	74,5	8	2,2	17	4,8	66	18,5	-	-
D2	219	61,3	11	3,1	6	1,7	101	28,6	19	5,3
D3	341	95,5	9	2,5	4	1,1	3	0,8	-	-
D4	350	98,0	3	0,8	1	0,3	3	0,8	-	-
D5	335	93,8	14	3,9	4	1,1	4	1,1	-	-
D6	345	96,6	2	0,6	4	1,1	6	1,7	-	-
D7	159	44,5	15	4,2	25	7,0	157	44,0	1	0,3
D8	315	88,2	10	2,8	12	3,4	19	5,3	1	0,3
D9	325	91,0	5	1,4	3	0,8	21	5,9	3	0,3
D10	64	17,9	15	4,2	14	3,9	264	73,9	-	-
D11	220	61,6	18	5,0	22	6,2	97	27,2	-	-
D12	239	66,9	19	5,3	12	3,4	84	23,5	-	-
D13	172	48,2	12	3,4	8	2,2	161	45,1	4	1,1
D14	151	42,3	15	4,2	7	2,0	170	47,6	14	3,9

Fonte: Elaboração própria

Nota: D1. Quando você vai ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende a criança todas às vezes? D2. Se você tiver uma pergunta pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece a criança? D3. Você acha que o(a) "médico(a)/enfermeiro(a)" entende o que você diz ou pergunta? D4. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" responde as suas perguntas de maneira que você entenda? D5. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas com a saúde da criança? D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas sobre a saúde da criança ao(à) médico(a)/enfermeiro(a)? D7. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" conhece a criança mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? D8. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" conhece a história clínica (história médica) completa da criança? D9. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe a respeito de todos os medicamentos que a criança está tomando? D10. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) "serviço de saúde" para outro serviço de saúde? D11. Você acha que o(a) "médico(a)/enfermeiro(a)" conhece a família da criança bastante bem? D12. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você e a família da criança? D13. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe sobre o trabalho ou o emprego dos familiares da criança? D14. De alguma forma, o(a) "médico(a)/enfermeiro(a)" saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que a criança precisa?

Sobre os itens que compõem a 'Longitudinalidade', a maioria apresentou percentual positivo, contrariando os estudos de Santos *et al.* (2018) e Benevides *et al.* (2018), que não alcançaram o ponto de corte. A presença desse atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (Oliveira; Pereira, 2013).

No Sul do Brasil, estudo revelou maior prevalência do atributo 'Longitudinalidade' entre as crianças com até 5 anos, compreendendo que frequentam mais os serviços de saúde nos primeiros anos de vida, recebendo orientações de prevenção e promoção de acordo com a faixa etária (Gomes *et al.*, 2021).

Outro estudo mostra similaridade nos achados referentes a esse atributo, indicando regularidade de atendimento pelos profissionais nas unidades de saúde, favorecendo o estabelecimento de vínculo, consequentemente maior possibilidade de um cuidado longitudinal. O acolhimento, a comunicação eficiente e o tempo disponibilizado possibilitam o entendimento necessário para o cuidado eficaz da criança. Quanto a mudar de serviço, a análise pode demonstrar que há fragilidade da ESF relacionada à satisfação de algumas famílias de crianças (Vaz *et al.*, 2015).

O atributo Coordenação, quanto ao componente 'Integração do Cuidado', o item E1 subsidia os demais, apontando se criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado. Dos participantes, 64 (17,9%) afirmaram essa necessidade, sendo que 85,7% dessas consultas foram encaminhadas por profissionais da sua unidade de saúde de referência, 92,2% das consultas ocorridas nos serviços de especialidades e 78,1% dos resultados das mesmas é de conhecimento dos profissionais que realizam acompanhamento das crianças.

Apresentou menor percentual o item referente ao diálogo entre os profissionais e os pais após consulta com especialista, 65,6%. Dos profissionais, 20,3% não demonstrou interesse na qualidade do cuidado recebido pela criança nesse atendimento. Em relação ao componente 'Sistema de Informação', verifica-se o comprometimento da família em levar as informações sobre a saúde da criança ao serviço e disponibilidade do prontuário na ocasião da consulta. O item que demonstrou maior desconhecimento pelos participantes foi quanto ao direito de acesso às informações contidas no prontuário da criança, de acordo com a Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição de frequência dos itens do atributo Coordenação, 'Integração de Cuidados' e 'Sistema de Informação', na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=64; 357)

Itens	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/ Não lembro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
E2	54	85,7	-	-	-	-	9	14,3	-	-
E3	59	92,2	2	3,1	-	-	3	4,7	-	-
E4	50	78,1	1	1,6	1	1,6	12	3,4	-	-
E5	42	65,6	-	-	-	-	22	34,4	-	-
E6	51	79,7	-	-	-	-	13	20,3	-	-
F1	356	99,7	1	0,3	-	-	-	-	-	-
F2	346	96,9	6	1,7	1	0,3	4	1,1	-	-
F3	172	48,2	61	17,1	14	3,9	24	6,7	86	24,1

Fonte: (Elaboração própria).

Nota: E2. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que a criança fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado? E3. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe que a

criança fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado? E4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? E5. Depois que a criança foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta? E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que a criança recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se a criança foi bem ou mal atendida)? F1. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultado de exames de laboratório)? F2. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o prontuário (história clínica) da criança está sempre disponível na consulta? F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário da criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

O atributo Coordenação corresponde à harmonização entre a APS e a rede de atenção no município. A melhor avaliação do componente ‘Integração dos Cuidados’ está relacionada à capacidade dos serviços de dar seguimento à assistência iniciada. A não continuidade pode ser o resultado de uma assistência fragmentada, da não responsabilização dos serviços e da falha na formação da rede de serviços (Silva; Alvez, 2019). Os resultados desta pesquisa referente a esse atributo confirmam a capacidade de comunicação da eSF com outros serviços de referência, possibilitando a continuidade da atenção à criança.

A ‘Integração dos Cuidados’ diante das necessidades apresentadas pelas crianças pode estar dificultada devido a barreiras, como falta de regulação e de fluxos formais para outro ponto de atenção e oferta limitada de serviços de maior densidade tecnológica para diagnóstico, tratamento e resolutividade. Esses aspectos dificultam o papel da ESF de ordenadora da rede e coordenadora da atenção, apesar de sua experiência na referência a serviços especializados (Santos *et al.*, 2018).

A fragilidade no diálogo entre os profissionais e os pais após consulta com especialista converge ao estudo realizado por Dornelles *et al.* (2023), que recebeu valor de escore limítrofe ao satisfatório. Sinaliza dificuldade em gerenciar casos de referência e contrarreferência entre os diferentes setores e pontos de atenção que exigem diálogo e acompanhamento contínuos por meio de transferência de informações qualificadas.

O componente ‘Sistema de Informação’ se assemelha ao estudo de Souza *et al.* (2015), que apresenta elevada satisfação referente aos registros das crianças e a disponibilidade do prontuário e escore baixo no que se refere à consulta/leitura do prontuário. Os prontuários podem apoiar a melhoria da continuidade do cuidado, considerando que é um meio para transferência de informação do paciente. Neste

aspecto, entende-se que os pais ou mães ou cuidadores desconhecem que possuem livre acesso aos dados do prontuário da criança.

Ao analisar os itens que compõem o atributo Integralidade – ‘Serviços Disponíveis’, evidencia-se maior desconhecimento por parte da família sobre as ações ofertadas nas unidades de saúde do município, exceto as relacionadas ao planejamento reprodutivo e aconselhamento e teste anti-HIV. Ressalta-se que avaliação de problemas visuais, imunização, identificação de famílias aptas a participar de programas sociais, realização de sutura, programa de suplementação nutricional, aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas e aconselhamento para problemas de saúde mental foram os serviços mais referidos negativamente pelos participantes. Quanto ao componente ‘Serviço Prestado’, observa-se que nas consultas são abordados os eixos da saúde da criança; todos os itens foram apontados positivamente pelos pais, especialmente sobre alimentação saudável, higiene, sono crescimento e desenvolvimento. O percentual menor, 76,8%, refere-se à orientação relacionada à segurança da criança, como mostra a Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição de frequência dos itens do atributo Integralidade, ‘Serviços Disponíveis’ e ‘Serviços Prestados’, na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=339; n=358)

Itens	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/ Não lembro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
G1	185	54,6	4	1,2	3	0,9	145	42,8	2	0,6
G2	127	37,5	31	9,1	13	3,8	119	35,1	49	14,5
G3	322	95,0	6	1,8	-	-	5	1,5	6	1,8
G4	140	41,3	25	7,4	14	4,1	76	22,4	84	24,8
G5	112	33,0	43	12,7	19	5,6	52	15,3	113	33,3
G6	174	51,3	37	10,9	15	4,4	37	10,9	76	22,4
G7	80	23,6	40	11,8	26	7,7	108	31,9	85	25,1
G8	328	96,8	5	1,5	-	-	1	0,3	5	1,4
G9	30	8,8	10	2,9	13	3,8	209	61,7	77	22,7
H1	335	93,6	4	1,1	1	0,3	18	5,0	-	-
H2	314	87,7	2	0,6	-	-	42	11,7	-	-
H3	330	92,2	4	1,1	2	0,6	21	5,9	1	0,3
H4	275	76,8	2	0,6	1	0,3	80	22,3	-	-
H5	310	86,6	3	0,8	1	0,3	44	12,3	-	-

Fonte: Elaboração própria

Nota: G1. Vacinas (imunizações) G2. Verificar se a família da criança pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social) G3. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais G4. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos) G5. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir) G6. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão) G7. Sutura de um corte que necessite de pontos G8. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV G9. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar) H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em

segurança, proteção para piscina, proteção para tomada) H3. Mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança, o que você deve esperar para cada idade (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi) H4. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança H5. Maneiras para manter a criança segura (ex.: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão).

Os resultados deste estudo contribuem com os achados de Silva *et al.* (2023), revelando fragilidade referente ao atributo 'Integralidade' na perspectiva estrutural. A baixa satisfação com relação aos 'Serviços Disponíveis' evidencia a escassez de uma rede ampla de serviços que atenda às necessidades essenciais de saúde da população infantil e de suas famílias.

A dimensão 'Serviços Prestados' na presente pesquisa apresenta elevada satisfação entre os participantes, contrapondo estudos realizados no Rio Grande do Sul, envolvendo municípios de duas regiões de saúde (Signor *et al.*, 2022) e em Porto Velho-RO (Freitas *et al.*, 2020), que evidenciaram escores insatisfatórios tanto para os 'Serviços Disponíveis' quanto aos 'Serviços Prestados'. Este dado aponta para a redução da presença desse atributo na atenção à saúde da população no território. Pode-se afirmar que esse aspecto compromete a capacidade resolutiva dos problemas de saúde das pessoas nesse nível de atenção (Signor *et al.*, 2022).

Neste estudo, os itens avaliados com menores percentuais de satisfação no princípio, 'Serviços Disponíveis', confirmam os resultados encontrados por Freitas *et al.* (2020). Esses dados refletem a fragilidade dos serviços em abordar temas relacionados ao uso de drogas e à saúde mental, condições que muitas vezes estão presentes e influenciam o convívio familiar. Quanto a indisponibilidade de programas de suplementação nutricional, compromete a promoção e proteção da saúde, considerando que são serviços fundamentais para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil.

Dificuldades quando procuram a APS para atendimentos nos casos de: aconselhamento nutricional, identificação de problemas visuais, sutura de um corte que necessite de pontos também foram relatadas no estudo desenvolvido por Barra *et al.* (2020). Tal fato sugere a inexistência de alguns serviços e ações nas unidades, ou mesmo a falta de divulgação destes por parte dos profissionais de saúde. Demonstra a necessidade de uma reorganização da oferta de serviços para atender às necessidades de saúde, além de aprimorar a utilização dos serviços disponibilizados (Silva *et al.*, 2023).

A Tabela 23 aponta que os três itens da ‘Orientação Familiar’ apresentam um percentual de respostas próximos ao ponto de corte para satisfação. O item que se refere ao profissional se reunir com outros membros da família, se necessário, foi atribuído o menor percentual de respostas negativas. O atributo ‘Orientação Comunitária’ obteve o pior percentual positivo no item relacionado ao controle social, 6,1%. Entre os participantes, 35,2% afirmam que não recebem visitas domiciliares.

Tabela 23 - Distribuição de frequência dos itens dos atributos derivados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária na perspectiva dos participantes. Ponta Grossa-Pr, 2024 (n=358)

Itens	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/ Não lembro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I1	229	64,0	4	1,1	3	0,8	119	33,2	3	0,8
I2	248	69,3	-	-	1	0,3	107	29,9	2	0,6
I3	246	68,7	34	9,5	20	5,6	33	9,2	25	7,0
J1	224	62,6	7	2,0	1	0,3	126	35,2	-	-
J2	159	44,4	86	24,0	32	8,9	38	10,6	43	12,0
J3	173	48,3	42	11,7	15	4,2	90	25,1	38	10,6
J4	22	6,1	-	-	-	-	332	92,7	4	1,1

Fonte: Elaboração própria

Nota: I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado da criança? I2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer na família da criança (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)? I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário? J1. Alguém do(a) “serviço de saúde” faz visitas domiciliares? J2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” da criança conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? J3. O “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” realizam pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos no serviço J4. O “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” convidam você e a família da criança para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

Os ‘Atributos Derivados’ representam elementos fundamentais para o fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde, famílias e comunidade, considerando a família como o eixo do cuidado à criança, e a ESF como modelo de saúde vigente (Reichert *et al.*, 2016). Esses autores apresentaram resultados que reafirmam a presente pesquisa quanto ao questionamento do tratamento da criança com a família. Relacionados ao conhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde da família e quanto a reunir-se com a família, se necessário, os percentuais de respostas foram aquém deste estudo. O atributo ‘Orientação Comunitária’ teve achados semelhante aos deste estudo.

Estudo desenvolvido no interior do Paraná, referente ao atributo ‘Orientação Familiar’, as perguntas que receberam maior pontuação foram sobre o

questionamento por parte do profissional sobre o histórico clínico da família e sobre a possibilidade de reunião entre o profissional da saúde com os membros da família, mostrando uma preocupação não apenas com o usuário. Referente à 'Orientação Comunitária', a única pergunta que atingiu o valor ideal foi sobre a realização de visitas domiciliares (7,057) (Daschevi *et al.*, 2015). Esse achado contrapõe o presente estudo que apresentou fragilidade nesta ação frente à saúde da criança.

Outro estudo realizado no Rio Grande do Norte também mostrou resultados positivos referentes às visitas domiciliares, remetendo a uma participação do serviço em realizar busca ativa, vigilância do estado de saúde da comunidade e atendimento multidisciplinar. A inserção na comunidade para avaliação da saúde contribui para solidificação do vínculo, demonstrando proatividade do serviço, além da percepção de amparo (Silva *et al.*, 2019).

Os achados deste estudo, especialmente o princípio da 'Orientação Comunitária', vão ao encontro da literatura que sugere que o desconhecimento das reais necessidades dos usuários e o pequeno número de profissionais com formação específica para atuar na saúde da família podem estar relacionados ao fraco desempenho desses atributos (Silva; Alves, 2019).

Referente à participação em Conselho de Saúde, os resultados se assemelham ao um estudo em que uma pequena porcentagem de mães afirma que os profissionais orientam a comunidade a participar do Conselho Local de Saúde, restringindo a participação da população nas decisões e em mecanismos de participação social (Reichert *et al.*, 2016). Reitera-se, em relação resultados dos Atributos Derivados, que ainda é necessário que os serviços de saúde aprimorem as ações que têm como foco a família e a comunidade (Leão; Caldeira; Oliveira, 2011).

Para avaliar as relações dos atributos da APS e indicadores de saúde da criança no município, foi aplicado o teste *t* para comparação dos escores Essencial e Geral da APS e os indicadores: nº de consultas de pré-natal; Apgar no 1º minuto; peso ao nascer; aleitamento materno; esquema vacinal e nº de consultas de puericultura. De acordo com a Tabela 24, não houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os indicadores avaliados. Observa-se que nº de consultas de pré-natal ≥ 7 , aleitamento materno exclusivo, esquema vacinal completo, nº de consultas de puericultura adequada para idade, Apgar no 1º min < 7 e peso ao nascer $< 2500\text{Kg}$ mostraram escores médios no limite da significância estatística.

Tabela 24 - Comparação dos escores Essencial e Geral da Atenção Primária à Saúde e os indicadores de saúde da criança. Ponta Grossa, PR, 2024 (n=358)

Variável	n Válido	Escore Essencial			Escore Geral		
		Média dos escores	Desvio Padrão	Valor <i>p</i> *	Média dos escores	Desvio Padrão	Valor <i>p</i> *
Nº de consultas de pré-natal < 7	38	7,4	1,3	0,242	7,2	1,4	0,643
Nº de consultas de pré-natal ≥ 7	315	7,7	1,1		7,3	1,3	
Apgar no 1º min < 7	27	7,9	0,9	0,175	7,7	1,0	0,060
Apgar no 1º min ≥ 7	331	7,6	1,2		7,3	1,3	
Peso ao nascer <2500g	35	7,9	1,0	0,146	7,7	1,1	0,053
Peso ao nascer ≥ 2500g	323	7,6	1,2		7,3	1,3	
Aleitamento materno ausente	70	7,5	1,2	0,286	7,1	1,3	0,186
Aleitamento materno exclusivo	288	7,7	1,1		7,3	1,3	
Esquema vacinal completo	335	7,7	1,4	0,189	7,3	1,3	0,339
Esquema vacinal incompleto	23	7,4	1,1		7,1	1,2	
Nº de consultas de puericultura adequada para idade	201	7,7	1,1	0,354	7,4	1,3	0,332
Nº de consultas de puericultura inadequada para idade	157	7,6	1,2		7,2	1,3	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste t (comparação das médias de 2 grupos independentes), $p < 0,05$.

A saúde da criança está relacionada a uma série de indicadores que envolvem um processo contínuo e ininterrupto, como crescimento e desenvolvimento, acesso a serviço de saúde, nutrição, entre outros. A ESF é fundamental na atenção à saúde da criança, possibilitando a inovação de resultados assistenciais com melhoria de indicadores de saúde infantil. Destaca-se que esses indicadores são dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados e influenciados pelas condições do meio em que a criança vive (Stábile *et al.*, 2013).

Nessa ótica, sugere-se que o maior número de consultas de pré-natal pode ter contribuído para melhores indicadores de nascimento, Apgar e peso. Um acompanhamento de pré-natal inadequado aumenta as possibilidades de um

nascimento prematuro e de baixo peso ao nascer, representando um desafio a ser superado pelos profissionais de saúde (Tsunechiro *et al.*, 2018).

Os escores Essencial e Geral superiores ao ponto de corte para os indicadores analisados remetem ao acesso e utilização dos serviços. O índice de Apgar é um indicador de risco para morbidade perinatal. A garantia à gestante de um acompanhamento pré-natal de qualidade, com número adequado de consultas, assistência apropriada durante o parto, ao recém-nascido e a puérpera pode refletir na redução da mortalidade neonatal (Silva *et al.*, 2020).

O peso de nascimento abaixo de 2500g é fator de risco para complicações neonatais. Estudo no norte do Ceará concluiu que a elevada prevalência de recém-nascidos com baixo peso ao nascer apresenta relação com a prematuridade, gravidez na adolescência e número de consultas pré-natal insuficiente (Carvalho; Oliveira, 2023). Tal fato reforça a importância da presença dos atributos da APS na atenção à criança desde a sua concepção.

Quanto ao aleitamento materno, estudo mostrou que as unidades de saúde certificadas e os profissionais com treinamento pela Rede Amamenta Brasil responderam mais positivamente aos atributos da APS, demonstrando maior grau de orientação à APS, melhor qualificação dos profissionais para desenvolver práticas que valorizem a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Melo *et al.*, 2019).

Estudo realizado na Bahia revelou menor prevalência da amamentação exclusiva em crianças menores de seis meses e que a manutenção dessa prática pode estar associada ao maior número de consultas durante o pré-natal, sugerindo a assistência pré-natal como elemento protetor para esse desfecho. Esses resultados apontam a necessidade de atenção integral e multidisciplinar que contemple a promoção da saúde para adesão ao aleitamento materno (Rodrigues *et al.*, 2023).

A elevada adesão ao aleitamento materno exclusivo, neste estudo, pode estar relacionada à ocupação das mães, pois mais da metade delas não referiram trabalho formal. O trabalho da mãe, mesmo com o amparo da lei na proteção do aleitamento materno, mostra-se como precursor da interrupção do AME. A Constituição Federal atesta à trabalhadora o direito a 120 dias de licença maternidade. Em 2008, instituiu-se a ampliação da licença maternidade para 180 dias por meio da criação do Programa Empresa Cidadã, porém são as empresas que decidem aderir ou não ao Programa em troca de benefícios fiscais, impossibilitando que todas as trabalhadoras usufruam desse benefício (Pereira; Reinaldo, 2018).

Outro aspecto que contribui é o acesso às consultas de puericultura com as orientações, reforçando a importância da alimentação saudável, especialmente o AME até o 6º mês para a promoção da saúde criança, destacada neste estudo pelos participantes. A puericultura constitui um instrumento de cuidado essencial para o acompanhamento da saúde infantil e a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis. Nas consultas de puericultura deve ocorrer a avaliação da criança, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, a atenção às doenças prevalentes na infância, e o desenvolvimento de ações relacionadas à imunização, alimentação e prevenção de acidentes, dentre outras (Pedraza, 2023).

A oferta de ações, como a imunização e o seguimento do crescimento infantil pelos profissionais das unidades de APS, podem reduzir o número de hospitalizações de crianças por causas evitáveis, responsáveis pelos altos índices de internações. Destaca-se que a consulta de puericultura é para além da avaliação do crescimento, trata-se de um momento oportuno para se efetivar o cuidado integral à criança, considerando todo o contexto onde ela está inserida e as necessidades para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades (Vieira *et al.*, 2018).

A Tabela 25, apresenta a comparação dos escores dos atributos da APS e os distritos sanitários do município de Ponta Grossa. O teste de Kruskal-Wallis mostrou diferença significativa nos componentes: 'Afiliação' ($p=0,000$), 'Acessibilidade' ($p=0,000$), 'Utilização' ($p=0,002$), Integralidade – 'Serviços Prestado' ($p=0,031$) e nos escores, 'Essencial' ($p=0,001$) e 'Geral' ($p=0,005$). Os domínios 'Acessibilidade', 'Serviços Disponíveis', 'Longitudinalidade' e a Coordenação da 'Integração de Cuidados' apresentaram o maior percentual de insatisfação entre os participantes por distrito. Observa-se que os maiores percentuais de escore $<6,6$ por atributo são encontrados no distrito 4, seguido de 5, representando fragilidade na orientação à APS. Os elevados percentuais de escores $\geq 6,6$ no componente 'Serviços Prestados' indicam potencialidade na abordagem integral na consulta da criança. O desempenho do atributo 'Orientação Comunitária' reafirma os baixos escores das visitas domiciliares, bem como no levantamento e conhecimento dos problemas da comunidade e participação da população no controle social em todos os distritos estudados, especialmente no 2 e 4.

Tabela 25 - Comparação entre os distritos sanitários do município e os atributos da APS, Ponta Grossa-PR, 2024

Atributos Essenciais		Orientação à APS		Distritos						Valor <i>p</i> *
				1	2	3	4	5	6	
Estrutura										
Longitudinalidade - grau de Afiliação	<6,6	n	6	8	4	17	5	9	0,000	
		%	9,0	16,3	7,5	28,3	9,4	11,8		
		≥6,6	n	61	41	49	43	48		67
		%	91,0	83,7	92,5	71,3	90,6	88,2		
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	<6,6	n	29	10	15	30	24	39	0,000	
		%	43,3	20,4	28,3	50,0	45,3	51,3		
		≥6,6	n	38	39	38	30	29		37
		%	56,7	79,6	71,7	50,0	54,7	48,7		
Integralidade Serviços Disponíveis	–	<6,6	n	31	25	33	41	29	42	0,263
			%	49,2	56,8	66,0	70,7	56,9	57,5	
			≥6,6	n	32	19	17	17	22	
		%	50,8	43,2	34,0	29,3	43,1	42,5		
Coordenação de Sistema de Informação	–	<6,6	n	2	0	0	0	0	1	0,252
			%	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	
			≥6,6	n	65	49	53	60	53	
		%	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,7		
Processo										
Longitudinalidade	<6,6	n	15	11	14	19	16	21	0,069	
		%	22,4	22,4	26,4	31,7	30,2	28,0		
		≥6,6	n	52	38	39	41	37		54
		%	77,6	77,6	73,6	68,3	69,8	72,0		
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	<6,6	n	7	0	3	4	7	6	0,002	
		%	10,4	0,0	5,7	6,7	13,2	7,9		
		≥6,6	n	60	49	50	56	46		70
		%	89,6	100,0	94,3	93,3	86,8	92,1		
Integralidade Serviços Prestado	–	<6,6	n	7	3	10	9	9	18	0,031
			%	10,4	6,1	18,9	15,0	17,0	23,7	
			≥6,6	n	60	46	43	51	44	
		%	89,6	93,9	81,1	85,0	83,0	76,3		
Coordenação de Integração de Cuidados	–	<6,6	n	3	3	3	3	2	4	0,245
			%	21,4	30,0	23,1	75,0	22,2	28,6	
			≥6,6	n	11	7	10	1	7	
		%	78,6	70,0	76,9	25,0	77,8	71,4		
Orientação Familiar	<6,6	n	27	8	14	13	16	22	0,211	
		%	40,3	16,3	26,4	21,7	30,2	28,9		
		≥6,6	n	40	41	39	47	37		54
		%	59,7	83,7	73,6	78,3	69,8	71,1		
Orientação Comunitária	<6,6	n	39	29	33	44	37	43	0,069	
		%	58,2	59,2	62,3	73,3	69,8	56,6		
		≥6,6	n	28	20	20	16	16		33
		%	41,8	40,8	37,7	26,7	30,2	43,4		
Escore Essencial	<6,6	n	8	3	7	19	10	16	0,001	
		%	11,9	6,1	13,2	31,7	18,9	21,1		
		≥6,6	n	59	46	46	41	43		60
		%	88,1	93,9	86,8	68,3	81,1	78,9		
Escore Geral	<6,6	n	17	7	9	20	17	25	0,005	
		%	25,4	14,3	17,0	33,3	32,1	32,9		
		≥6,6	n	50	42	44	40	36		51
		%	74,6	85,7	83,0	66,7	67,9	67,1		

Fonte: Elaboração própria.

*Teste de Kruskal-Wallis (associação de K grupos independentes), $p < 0,05$.

Os resultados evidenciados na Tabela 25 confirmam a heterogeneidade na presença e na extensão dos atributos da APS entre os serviços nas USF no município. Um estudo aponta melhor desempenho da USF nos atributos 'Longitudinalidade', Integralidade dos 'Serviços Prestados', 'Orientação Comunitária' e, conseqüentemente, no 'Escore Geral'. Demonstra-se que o processo de trabalho na USF favorece que esses atributos apresentem melhor grau de satisfação, agregando qualidade à APS (Martins *et al.*, 2016).

A literatura registrou homogeneidade entre as ações de 'Longitudinalidade', com valores satisfatórios para os serviços ofertados pela ESF e outros serviços de atenção à criança. Esse aspecto se configura como positivo por possibilitar maior interação com a família e com a história de vida da criança (Leão; Caldeira; Oliveira, 2011).

No município de Ponta Grossa, ainda que apresente uma cobertura de 87,05% da ESF (Brasil, 2023e), os resultados indicam que a oferta de serviços na APS precisa ser implementada para cumprir os atributos, principalmente relacionados a 'Acessibilidade', 'Serviços Disponíveis' e 'Orientação Comunitária'.

Neste estudo, a 'Acessibilidade' possui menor desempenho apesar da 'Afiliação' e 'Utilização' dos serviços ofertados pela eSF apresentarem elevados percentuais de satisfação. Destaca-se que quando esse componente se consolida reduz o número de consultas por um mesmo problema, há menor necessidade de idas a serviços de urgência e emergência e menor número de hospitalizações, resultando em redução dos custos e cuidados mais adequados (Benevides *et al.*, 2018).

A vulnerabilidade no desempenho do componente 'Serviços Disponíveis' remete à necessidade de reorganizar a oferta dos serviços para atender às necessidades de saúde das crianças e suas famílias, além de aprimorar a disponibilidade da oferta dos serviços. A Integralidade nos serviços de saúde deve analisar o indivíduo em sua totalidade, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde (Silva *et al.*, 2023). Ressalta-se a importância de fortalecer a comunicação entre os profissionais e pais e/ou cuidadores, visto que muitos relataram desconhecimento sobre os serviços prestados nas unidades de ESF.

Os atributos 'Orientação Familiar' e 'Comunitária' favorecem à qualidade da atenção ofertada à criança pelos profissionais da APS. A 'Orientação Familiar' considera o reconhecimento das necessidades das pessoas no seu contexto social, requerendo o conhecimento de sua realidade. Um entendimento das características

de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades, princípios condizentes à proposta da ESF, que objetiva romper com a passividade das equipes de saúde e estender suas ações para toda a comunidade (Reichert *et al.*, 2016).

Destaca-se que, além da oferta e da utilização dos serviços de saúde, as condições socioeconômicas são determinantes da saúde infantil (Tomasi *et al.*, 2015). Para comparar os escores dos atributos da APS e o perfil de famílias atendidas nas ESF no município, foi aplicado o Teste t e de Kruskal-Wallis. A Tabela 26 evidencia que o perfil das famílias não tem efeito sobre os Escores Essencial e Geral da APS para os participantes deste estudo, confirmado pelos valores de $p > 0,05$. Os menores percentuais nos escores foram entre aqueles que se autodeclaram pretos/pardos/amarelos; com idade de 21 a 30 anos; sem a presença de companheiro(a), com escolaridade situando-se entre o ensino médio incompleto e ensino superior incompleto e renda até 1500 reais. Relacionado à ocupação, apresentou maior percentual no Escore Geral aqueles sem ocupação formal, para o Escore Essencial não houve diferença.

Tabela 26 - Comparação dos escores Essencial e Geral da Atenção Primária à Saúde e o perfil das famílias das crianças de 0 a 2 anos atendidas na ESF. Ponta Grossa, 2024

(continua)

Variável	n Válido	Escore Essencial			Escore Geral		
		Média dos escores	Desvio Padrão	Valor p^*	Média dos escores	Desvio Padrão	Valor p^*
Faixa etária*							
≤ de 20 anos	60	7,66	1,10	0,79	7,35	1,20	0,404
21 a 30 anos	179	7,55	1,17	7	7,20	1,28	
31 a 40 anos	119	7,79	1,11		7,41	1,26	
Cor/raça*							
Branca	211	7,74	1,12	0,07	7,38	1,23	0,161
Preta/Parda/ Amarela	147	7,52	1,16	2	7,19	1,31	
Situação conjugal*							
Casada/União estável	279	7,69	1,10	0,19	7,34	1,22	0,249
Solteira/Divorciada/ Viúva	79	7,50	1,26	6	7,16	1,40	
Escolaridade*							
Analfabeta fundamental completo	– 97	7,72	1,11	0,79	7,45	1,23	0,404
Médio incompleto – superior incompleto	233	7,62	1,17	7	7,24	1,30	
Superior completo	28	7,71	1,03		7,34	1,10	

Tabela 26 - Comparação dos escores Essencial e Geral da Atenção Primária à Saúde e o perfil das famílias das crianças de 0 a 2 anos atendidas na ESF. Ponta Grossa, 2024

(conclusão)							
Variável	n	Escore Essencial			Escore Geral		
	Válido	Média dos escores	Desvio Padrão	Valor p^*	Média dos escores	Desvio Padrão	Valor p^*
Renda Familiar*							
Até 1.500 reais	100	7,59	1,16	0,790	7,22	1,30	0,830
1.501 a 2.500 reais	110	7,63	1,11		7,36	1,24	
2.501 a 4.500 reais	106	7,72	1,25		7,34	1,32	
4.501 reais ou mais	42	7,65	0,92		7,24	1,12	
Ocupação**							
Sim	152	7,65	1,17	0,941	7,27	1,28	0,715
Não	206	7,65	1,12		7,32	1,26	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste de Kruskal-Wallis (associação de K grupos independentes), $p < 0,05$.

**Teste t (comparação das médias de 2 grupos independentes), $p < 0,05$.

A APS deve ser o primeiro contato das crianças e suas famílias com o sistema de saúde, sendo responsável pela promoção, prevenção de riscos, agravos e doenças e recuperação da saúde. Destaca-se que as condições socioeconômicas apresentadas pelas famílias, as demandas de cuidados das crianças, a falta de orientação aos pais, o acesso fragilizado e o precário acompanhamento no âmbito da APS representam um conjunto de condições que caracterizam a vulnerabilidade dos indivíduos (Ascenso; Aguiar, 2020).

Um estudo mostra associação entre melhores escores atribuídos a ESF e a escolaridade materna maior que oito anos para o grupo de cuidadores que utiliza apenas esse serviço como fonte regular de atenção à saúde, sugerindo um reconhecimento de maior efetividade dos serviços da ESF por parte das mães com maior escolaridade (Leão; Caldeira; Oliveira, 2011).

Há evidência também de maior pontuação para o componente “Afiliação” entre aqueles que cursaram o ensino médio, reforçando que a escolaridade e renda mais baixas aumentam a probabilidade de não ter acesso a cuidados primários. Contrapondo, os participantes que possuíam o ensino fundamental, tiveram maior desempenho quanto ao atributo ‘Longitudinalidade’, podendo relacionar ao fato de que esses usuários utilizam mais a APS como fonte orientadora que aqueles com maior escolaridade, os quais muitas vezes possuem plano de saúde privado (Benevides et al., 2018).

Outro estudo demonstrou que familiares e/ou cuidadores que relataram renda de até três salários mínimos faziam uso do serviço público e identificaram a presença

do atributo 'Longitudinalidade', reafirmando a importância do papel da APS para as populações mais vulneráveis (Gomes *et al.*, 2021).

O escore positivo nesta pesquisa entre os participantes mais jovens pode indicar uma maior utilização dos serviços de APS, considerando que nesse estrato etário possuem, muitas vezes, menos experiência para lidar com alguns problemas de saúde da criança (Benevides *et al.*, 2018).

Para melhor entendimento das percepções dos pais ou mães ou cuidadores, no próximo item apresenta-se a análise qualitativa por meio do discurso do sujeito coletivo a partir das falas que emergiram durante a pesquisa de campo.

4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS PAIS OU MÃES OU CUIDADORES DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

O instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária é uma ferramenta que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde em serviços de atenção à saúde criança (Harzheim *et al.*, 2006). Por se tratar de um instrumento quantitativo não possibilita abstrair a subjetividade referente aos atributos da APS. Nesta perspectiva, realizou-se uma etapa da pesquisa com abordagem qualitativa por meio dos registros no diário de campo das falas que emergiram dos participantes durante a aplicação do instrumento de coleta de dados. Esse procedimento metodológico foi fundamental para o alcance das percepções dos pais ou mães ou cuidadores de crianças de 0 a 2 anos quanto à atenção recebida nas unidades de referência pelas eSF.

Apresenta-se os resultados dessa etapa a partir dos discursos dos sujeitos coletivo (DSC) de acordo com as expressões-chave (ECH) selecionadas e a ideia central (IC) apreendida nas respostas dos participantes desta pesquisa a cada componente da APS.

Referente à 'Afiliação', verificou-se que a identificação da ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde das crianças foi observada para a maioria dos participantes no presente estudo, como demonstra os fragmentos dos discursos:

- "... levamos na unidade quando adoece, pagamos o plano, mais a gente não usa ...".

- "... quando ele adoece, trago aqui mesmo na unidade, me acompanham desde das outras gestações...".

Isso pode estar relacionado ao potencial da ESF para considerar o indivíduo um ser social no processo saúde-doença, que precisa estar orientada para a pessoa e não para a doença, de modo que os usuários e prestadores de serviços se reconheçam na inter-relação que se estabelece no processo de produção de saúde e continuidade do cuidado, para que seja garantida a 'Longitudinalidade' da atenção na APS (Santos *et al.*, 2018).

A menção aos médicos e enfermeiros, como responsáveis principais pela atenção à criança na USF neste estudo, sugere um vínculo com o serviço de referência. Porém, se assemelha a um estudo em que parte dos participantes não citou espontaneamente o nome do profissional e/ou serviço de saúde da USF de seu bairro, apoiado nessa observação indica um vínculo fraco desses pais e/ou cuidadores com o serviço de referência para o cuidado da criança (Silva; Alves, 2019), como se observa nos discursos:

- "... o Dr. conhece ela como pessoa já..."

- "... a enfermeira, a que mais sabe da minha filha..."

- "... conhece só como paciente, porque to há pouco tempo morando pra cá..."

- "... não conhecem meu filho, olham os registros e atendem..."

Além disso, relatos remetem a escassez de credibilidade das famílias para o atendimento das crianças com quadro agudo por profissionais que não sejam especialistas em pediatria, como verifica-se nos trechos dos discursos:

- "... quando ele está doente levo no Centro de Atenção à Criança (CAC), pela agilidade..."

- "... quando adoece, levo no CAC, lá sempre tem médico..."

- "... quando minha filha fica doente, levo no CAC, porque tem pediatra..."

- "... aqui (Unidade de Saúde) é mais para fazer os exames, levo quando está doentinho no CAC..."

- ‘... aqui (Unidade de Saúde) não atendem, como trabalho no centro, levo direto lá no CAC...’.

- “... aqui (Unidade de Saúde) não é pediatra, aí não adianta trazer, tem que consultar com o médico certo...”.

- “... levei na unidade, falaram para ir na UPA...”.

Essa percepção da família leva à busca de outros serviços que podem oferecer uma atenção à criança paradoxal ao observado por Finkler *et al.* (2014): consultas médicas com foco na doença, queixas, retratando um cuidado em saúde médico-centrado, que supervaloriza os aspectos biológicos dos indivíduos. Reitera-se que as necessidades de saúde se apresentam atreladas à produção e reprodução social e à acessibilidade às ações de saúde.

A utilização dos serviços em casos de adoecimento da criança vai ao encontro a um estudo em que mães/cuidadoras referiam levar a criança às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), quando dos primeiros sintomas de mudanças no quadro de saúde. Esse fluxo adotado pelas famílias pode estar relacionado às Redes de Atenção às Urgências e Emergências, as quais contam com as UPAs como um de seus componentes. As fragilidades nos serviços e insatisfação dos cuidadores encontradas nesse estudo apontam necessidades de melhorias dos atributos ofertados. O conhecimento dos aspectos que envolvem os atributos da APS e sua oferta para os cuidados da criança são importantes, pois possuem potencial para fornecer subsídios aos profissionais e gestores do SUS em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde (Benevides *et al.*, 2018).

A seguir, apresentam-se alguns relatos dos participantes deste estudo, demonstrando que não há homogeneidade na utilização dos serviços na atenção à criança no município de Ponta Grossa:

- “... aqui só faço as puericulturas, quando preciso levo no CAC...”.

- “... levo direto no CAC, trouxe aqui e mandaram para lá, agora já vou lá para não perder tempo, trago só para a puericultura aqui...”.

- “... as puericulturas faço aqui (Unidade de Saúde), mas quando fica doente levo no CAC ou no UPA, ... atendem só com agendamento...”

- “... trago ela aqui na unidade, caso mande para outro lugar, aí levo...”.

- "... dificilmente venho aqui (Unidade de Saúde), só para puericultura mesmo...".
- "... como sou técnica de enfermagem, observo em casa, se for algo grave, levo na UPA...".

As famílias, mesmo com poucos recursos financeiros, consideraram necessário contratar um plano de saúde privado para garantir o acesso aos serviços de saúde das crianças. Esse fato deve implicar em um maior protagonismo e responsabilização do setor saúde, bem como a necessidade de repensar e rediscutir ações e políticas públicas, gestão do cuidado em rede, resolutividade da APS e o acesso com vistas ao impacto na qualidade de vida e na redução da morbimortalidade das crianças (Ascenso *et al.*, 2020). Os fragmentos de discursos evidenciam esta prática, principalmente quando se trata de especialidade, os quais são alcaçados por meio dos planos de saúde ou outro ponto da RAS:

- "... aí vamos no plano, aqui só para fazer as puericulturas...".
- "... ela tem plano, só faço as puericulturas aqui (Unidade de Saúde) ...".
- "... quando precisa de especialista, vou pelo plano da empresa que meu marido trabalha, é mais rápido...".
- "... foi lá no CAC que encaminharam ela...".

O atendimento à demanda espontânea, especialmente às urgências e emergências, envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho, como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas. As equipes de saúde da APS precisam estar abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e imprevistos, percebendo as peculiaridades de cada situação que se apresenta (Ponta Grossa, 2022d). A atenção das situações agudas pela eSF está centrada nos sinais e sintomas, como demonstrado a seguir:

- "... se tiver bem mal, eles atendem...".
- "... se tiver com febre, eles atendem...".
- "... vim, mas não me atenderam, ela não estava com febre, só com vomito...".

- "... só se a criança estiver bem ruinzinha, quando vim para puericultura, eles avaliaram, como estava com a peitinho bem cansado, passaram para o médico, atendeu no mesmo dia, estava com bronqueolite..."

O acolhimento com uma escuta qualificada possibilita o acesso com equidade da demanda espontânea. Dentre as modelagens de acolhimento existentes, sugere-se, no município: a escuta qualificada realizada pelo(a) técnico(a) de enfermagem, estando o enfermeiro(a) e o médico(a) na retaguarda com uma parcela de sua agenda reservada para esta demanda, considerando unidades com apenas uma equipe. Para unidades com duas ou mais equipes, o(a) técnico(a) de enfermagem e/ou o(a) enfermeiro(a) de uma das equipes ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade e direciona para o enfermeiro(a) ou médico(a) da equipe de referência do usuário (Ponta Grossa, 2022d). Esse aspecto na ótica dos pais ou mães ou cuidadores tornou o serviço mais rápido, contribuindo para o acesso da criança, como se observa nos trechos abaixo:

- "... venho aqui, a enfermeira faz o acolhimento, se for preciso passa direto para o médico..."

- "...venho aqui, agora as enfermeiras mesmo já consultam, passam o medicamento, ficou mais rápido..."

- "... atendem no dia, falo com a enfermeira, ela já faz tudo..."

- "...você chega no posto já perguntam se é urgência, se for urgência ou emergência, atendem, senão tentam realocar para o dia mais próximo..."

- "... eles passam pela triagem, se eles acharem que precisa passam pelo médico..."

Apesar de implementado o protocolo de acolhimento no município, persistem fragilidades no processo de trabalho na atenção das demandas espontâneas, incorrendo encaminhamentos a outros pontos de atenção ou busca direta pelas famílias, como verificado abaixo:

- "... o medico disse que atenderia em caso de necessidade, mas no balcão nem deixaram falar com ele..."

- "... não atendem, fazem o acolhimento e encaminham..."

- "... só atendem se tiver agendado..."
- "... só atendem em caso de emergência, senão mandam lá para o UPA..."
- "... só atendem se estiver bem doente, na maioria das vezes mandam na UPA..."
- "... eles veem o caso, se for com urgência, atendem, senão mandam levar na UPA..."
- "... já levo direto no CAC..."
- "... já tentei trazer, mas não tinha consulta na hora, ou pago ou levo no CAC..."
- "... quando vim, não quiseram consultar porque falaram que ela estava com sarna e mandaram para outro serviço..."
- "... se precisar com urgência ou você paga ou vai morrer na UPA..."

Considerando a primeira diretriz da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (CDUS), constitui-se como direito de toda pessoa, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (Brasil, 2017b). Relacionado à criança, é um direito assegurado pelo ECA, artigo 11, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1990c). Neste estudo, observa-se que não há garantia equitativa desses direitos devido à demora enfrentada por algumas crianças ao acesso às consultas, em especial à consulta médica, bem como ao tempo de espera para ser atendido na unidade. Aponta-se que há divergência no acesso as consultas:

- "... tem que pegar uma senha para cada coisa, isso demora..."
- "... é bem rapidinho, a criança tem bem prioridade aqui; quando termina a consulta de puericultura, já deixam agendado a próxima..."
- "... não sei informar se demora para marcar consulta, ainda não precisamos de atendimento médico, ele (criança de 1 ano) nunca ficou doente..."
- "... consulta médica não é muito fácil, é mais demorada, precisei para meu piazinho para fazer os pedidos dos exames, ele é autista, mas só daqui um mês..."
- "... consulta médica demora 1 mês, 2 meses para marcar..."
- "... só falo no balcão, já marcam a consulta, não tenho do que reclamar..."

Contrapondo, verifica-se um desconhecimento por parte dos participantes desta pesquisa sobre a periodicidade das consultas de rotina, as quais são agendadas conforme a estratificação de risco da criança (Paraná, 2021). Este fato denota a importância do profissional orientar quanto ao risco estratificado e o cronograma de consultas de puericultura adequadas em cada caso, minimizando as queixas, como demonstrado a seguir:

- "...não é fácil de marcar consulta de puericultura, por isso nem queria trazer mais, agendam para daqui dois meses...".

- "... a última consulta de puericultura foi com 4 meses, agora que marcaram com 8 meses...".

Reafirma-se a necessidade de estratégias de incentivo que aumentem a oferta de consultas, agilidade nos atendimentos e ampliação de recursos tecnológicos de comunicação (Dornelles *et al.*, 2023). Relatos afirmam que o aconselhamento rápido é realizado por meio do ACS e que há dificuldades relacionadas às ferramentas de comunicação:

- "... mando mensagem para minha agente comunitária, quando preciso...".

- "... sempre que preciso de alguma informação, mando mensagem para a moça que passa nas casas...".

- "... aqui nem adianta ligar, que não atendem o telefone...".

- "... só o telefone da unidade para comunicação, mas não atendem...".

- "... não me passaram nenhum contato, tem que vir na unidade...".

Estudo indica similaridade na fragilidade na estrutura dos serviços, podendo estar relacionada à falta ou pouca qualificação de recursos humanos, à falta de equipamentos, às dificuldades em agendamento de consultas, ao tempo de espera superior a 30 minutos, à área física inadequada ao atendimento gerando barreiras físicas à acessibilidade. A fragilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato, pode comprometer a extensão dos demais atributos (Araujo *et al.* 2018). Além do tempo de espera, foi destacado também a ausência de profissionais para a realização das consultas de puericultura, como mostra a seguir:

- "... as vezes espero bem mais de 30 minutos para atenderem ela..."

- "... chego no horário e já sou atendida..."
- "... aqui sempre é demorado, da última vez que trouxe para puericultura fiquei 3h aqui, reclamei..."
- "... já fiquei mais de 3h esperando a consulta, bati na porta, a médica não me atendeu, bati de novo, não atendeu, entrei no consultório, ela estava mexendo no instagran, falei que ela ia me atender porque estava bastante tempo esperando..."
- "...pela falta de profissional, ficou difícil de marcar a puericultura..."

Outro aspecto relatado como interveniente nos serviços foram as atividades do Programa de Reformas e Modernização de Unidades de Saúde do município. No período da pesquisa de campo, observou-se dificuldades na oferta dos serviços decorrentes desse programa. A realocação de unidades de saúde no período da reforma impactou tanto por estarem fora do território quanto pela estrutura que não comportava todos os atendimentos, como se observa no fragmento de discurso:

- "... devido estar desativado o outro posto, a demanda está vindo tudo para cá..."

Apesar disso, foram revitalizadas 22 unidades de saúde, e com os investimentos anunciados em fevereiro do corrente ano pela prefeita Elizabeth Schmidt (Gestão 2022-2024), a prefeitura de Ponta Grossa irá atingir a marca de 55 espaços de saúde do município totalmente revitalizados (aRede, 2024). Os investimentos dedicados às estruturas de saúde do município são essenciais para a melhoria da oferta de serviços de saúde, contribuindo para a 'Longitudinalidade' do atendimento.

O protocolo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de baixo risco na APS do município de Ponta Grossa propõe consultas intercaladas entre o profissional enfermeiro e o médico, visitas domiciliares e grupos educativos, além da consulta especializada quando necessária, seguindo a distribuição de consultas conforme o risco estratificado (Ponta Grossa, 2022b). Essa dinâmica na atenção à criança foi sinalizada pelos participantes do presente estudo, porém apontam rotatividade do profissional médico:

- "...sempre a enfermeira que atende..."
- "... as vezes são os estagiários que atende..."
- "... é intercalado, uma vez o médico, uma vez o enfermeiro, mas são os mesmos..."
- "... foi a enfermeira no começo, depois ela passou para as estagiárias ..."
- "...enfermeira sempre é a mesma, mas o médico muda bastante..."

A rotatividade do profissional é apontada como prejuízo na relação do profissional, tanto com os usuários quanto com as equipes de saúde, comprometendo o acompanhamento longitudinal do serviço. Ressalta-se que os profissionais com mais anos de atuação na APS possuem melhor percepção quanto ao alcance desse atributo em sua prática. O vínculo entre os pais e/ou cuidadores e profissionais de saúde permite maior conhecimento dos problemas e a construção do histórico de saúde das crianças pela equipe de saúde, possibilitando maior confiança e maior potencial de resolubilidade (Costa; Guerra; Leite, 2022). Os relatos demonstram a relação interpessoal entre o profissional e a família:

- "... sempre entendem minhas perguntas..."
- "... as vezes não entendem o que estou falando..."
- "... explicam bem; o médico faz nele para mostrar, para mim entender..."
- "... acho que deveria ter mais tempo, tirar mais dúvidas, acho rápido, mais tá bom..."
- "... acho demorado, falam o que a gente já sabe..."
- "... a gente fala tudo que precisa, eles explicam tudo..."
- "... a gente não se sente muito bem, o médico não pergunta, não tem dialogo para explicar, só passa receita..."
- "... a enfermeira já me xingou uma vez..."
- "... minha filha teve atraso no crescimento, desenvolvimento e dentição, foi acompanhada bem, fiquei bem à vontade..."
- "...a enfermeira cuida dela desde de pequenininha..."

O fortalecimento do vínculo longitudinal evidenciado nos relatos corrobora com o estudo de Vaz *et al.* (2015), em que a maioria das mães das crianças se sentiram à vontade para expressar suas preocupações e que entendem a forma com

que o profissional de saúde responde aos seus questionamentos. Revela-se, neste estudo, 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, levando a maioria afirmar que na possibilidade de mudança para outro serviço de USF seria pela distância, estrutura ou mudança de endereço:

- "... mudaria, vai abrir uma unidade perto de casa..."
- "... mudaria, pela estrutura da unidade, não pelo serviço..."
- "... não mudaria, só se fosse para uma melhor, não que conheça outra..."
- "... só quando me mudar, mas porque é preciso..."
- "... não, aqui é muito bom, o atendimento é excelente..."
- "... só se eu mudasse de endereço, do contrário não..."
- "... pela distância, mudaria, pelo resto não..."

Embora os fragmentos dos discursos demonstrem satisfação com os serviços das USF, aponta-se fragilidade na referência e contrarreferência na atenção de algumas crianças, promovendo a busca por parte dos pais ou mães ou cuidadores a outros pontos da RAS, gerando demanda a esses serviços, como se observa nos seguintes trechos:

- "... foi encaminhado para o especialista pela unidade..."
- "... foi pelo plano, é mais rápido..."
- "... perderam o encaminhamento do meu filho, tive que pagar consulta; ele é autista, paguei os exames porque ia demora muito..."
- "... fui no particular, criança não dá para esperar..."
- "... foi encaminhado aqui pela unidade mesmo..."
- "... o médico do postinho que encaminhou para o especialista..."

Reitera o papel de porta de entrada e coordenação dos cuidados pela ESF e reforça que outras entradas devem ser a excepcionalidade. Entrada difusa entre os diferentes pontos representa fragilização das eSF ou desvalorização da USF como *locus* capaz de resolver problemas de saúde do cotidiano das pessoas e territórios (Almeida *et al.*, 2018b).

A Coordenação do Cuidado envolve a capacidade de organizar os serviços, possibilitando a continuidade do cuidado à saúde na rede de atenção; dessa forma, precisa ir além do encaminhamento, promovendo a comunicação entre os profissionais e serviços com garantia de referência e contrarreferência (Integração de Cuidados), compartilhamento das informações geradas pelos profissionais na oferta de serviços à criança (Sistema de Informação), de modo que ocorram a resolutividade na APS (Santos *et al.*, 2018). Observa-se, nesta pesquisa, que, após a consulta com especialista, nem sempre os profissionais que fazem o acompanhamento da criança dão a devida atenção, discutindo com a família sobre os resultados e o cuidado recebido nos serviços de especialidade:

- "... acho que será nesta consulta que vão falar comigo sobre o especialista..."
- "... não perguntaram nada sobre a consulta dele no neurologista..."
- "... a médica conversou comigo, ... olhou os exames que minha bebê fez..."

Esse atributo é indispensável, pois implica no conhecimento profissional dos problemas de saúde do paciente, neste estudo, da criança. A 'Integração do Cuidado' pode ser prejudicada quando o encaminhamento é realizado por outro ponto de atenção, como mostra o relato a seguir:

- "... foi encaminhado para o especialista pelo CAC, foi tudo por lá..."

Reafirma-se a necessidade da disponibilidade das informações dos atendimentos de diversos serviços estarem relacionadas entre si (Dornelles *et al.*, 2023). A comunicação interprofissional e o fluxo de informações deve ser fluido entre os diversos pontos de atenção. A adoção ampliada das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC1), em que o E-SUS é um dos instrumentos, aliadas a estratégias de acomodação mútua que oportunizem contatos formais e informais entre os trabalhadores do SUS são estratégias de reconhecido valor para a promoção de continuidade da atenção (Almeida *et al.*, 2018b).

Destaca-se, neste estudo, disponibilidade da caderneta de saúde nas consultas. O registro correto e fidedigno nessa ferramenta favorece a continuidade da assistência a essa população, iniciada ao nascimento, potencializa a coordenação do

cuidado, podendo impactar no acesso à saúde e nas ações de promoção à saúde da criança, visando à prevenção dos principais agravos, redução dos índices de morbimortalidade e na melhoria dos indicadores de saúde na infância (Rosolem *et al.*, 2019). A corresponsabilidade da família na continuidade da atenção à criança pode ser observada nos trechos abaixo:

- “...sempre carrego a carteirinha para todo lugar que vou...”.
- “... nem tiro da bolsa a carteirinha dela...”.
- “... trago a carteirinha de vacina dela, os exames eles conseguem pegar no computador...”.
- “... trago a carteirinha quando venho para fazer a puericultura dele...”.

Outro aspecto relevante que assegura a continuidade da atenção prestada à criança é o prontuário. Nesse documento é registrado todo o atendimento prestado, incluindo informações acerca do seu estado de saúde, da evolução do tratamento, eventuais intercorrências, as medidas interventivas praticadas, o relatório de alta, entre outros. O acesso ao prontuário é garantido ao paciente, correspondendo ao médico ou à instituição de saúde o dever de fornecê-lo, inclusive explicando as informações nele contidas de forma que possa compreendê-lo (Araújo; Rechmann; Magalhães, 2019). Os discursos evidenciam que o prontuário da criança está disponível na consulta, porém há um desconhecimento do direito à informação contida nesse documento:

- “... sempre tá direitinho o prontuário...”
- “... as vezes perdem o prontuário, mas encontram...”.
- “...a ficha da família já deixa separado, agora eles colocam direto no computador...”
- “...eu não vejo, mas acho que escrevem no computador...”.
- “...acredito que posso consultar o prontuário, é um direito né...”.
- “... acho que aqui não consigo ver o prontuário...”.
- “... já precisei do prontuário, tive que pedir autorização na prefeitura...”.
- “... tem que fazer o pedido para eles liberarem o prontuário...”.

Essas ferramentas podem apresentar parâmetros para a atenção e cuidados integrais à criança. O atributo 'Integralidade' está alinhado à PNAISC (Brasil, 2015) na promoção e proteção da saúde da criança. Esse atributo refere-se às ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Quanto aos 'Serviços Disponíveis', analisa a diversidade de ações e práticas que a APS é capaz de realizar, objetivando que deveria ter a capacitação para identificar e desempenhar todas as dificuldades e problemas de saúde habituais em sua população. Os 'Serviços Prestados' mensura a técnica, a maneira e o procedimento de atividades exercidas pelo profissional (Castro *et al.*, 2012).

A imunização, ação para o cuidado integral nos serviços de saúde (Brasil, 2018), é apontada pelos participantes desta pesquisa como uma fragilidade no município, uma vez que sua oferta não contempla todas as unidades de saúde ou está dificultado o acesso devido à realocação da equipe da unidade para a reforma da mesma. A estratégia itinerante Ônibus da Vacina, adotada no município, contribui para minimizar a dificuldade de acesso evidenciada. O projeto Ônibus da Vacina está em andamento desde 2013, voltado especialmente à vacinação da população (Ponta Grossa, 2018b). Os relatos mostram as dificuldades para o acesso à vacinação:

- "... por causa da reforma, não estão fazendo vacina, temos que ir em outra unidade e fica contramão para nós..."
- "temos que ir em outra unidade, ainda não tem todas as vacinas no mesmo lugar, fomos em outras unidades..."
- "... antes fazia vacina aqui, agora temos que ir em outra unidade..."
- "... aqui na unidade faz vacina..."
- "... faço as vacinas dele aqui, mas este mês estava em falta, agora vai ficar atrasada..."
- "... aqui não tem sala de vacina, vem o ônibus uma vez por mês, mas não bate as vezes com a data que ele precisa vacinar..."

As ações de planejamento familiar são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para

regulação da fecundidade. No município estão disponíveis os seguintes métodos contraceptivos: anticoncepcional oral combinado (AOC) e minipílula; anticoncepcional injetável (AI) trimestral e mensal; dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e os definitivos, feminino (ligadura tubária) e masculino (vasectomia) (Ponta Grossa, 2022a). O planejamento familiar é um direito constituído a todo cidadão, conforme a Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (Brasil, 1996). Observa-se pelos relatos dos participantes deste estudo a garantia desse direito no município:

- "... aqui eles dão métodos anticoncepcionais..."
- "... tem até no balcão as camisinhas..."
- "... faço minha injeção de anticoncepcional todo mês aqui..."
- "... estou fazendo os papéis para a laqueadura..."
- "... coloquei aqui o DIU..."

Para melhorar a qualidade e ampliar o acesso ao diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, considerando que o diagnóstico oportuno desses e outros agravos durante a gestação é fundamental para a redução da transmissão vertical, foi implementado por meio da Portaria nº. 77, de 12 de janeiro de 2012, a realização de testes rápidos na APS, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais (Brasil, 2012d). Destaca-se o acesso ao teste anti-HIV referido pelos participantes desta pesquisa:

- "... faz teste anti-HIV, fiz na minha gravidez..."
- "... não sei se fazem teste anti-HIV, nunca fiz..."
- "... fiz várias vezes o teste anti-HIV na minha gestação..."
- "... fiz o teste, sou positiva, faço acompanhamento no SAE..."

Serviços relacionados a programa de assistência ou benefícios sociais têm estreita relação com a saúde da criança, em especial o "Bolsa Família". As condicionalidades desse programa de transferência de renda quanto à manutenção da criança na escola, o controle do peso e a vacinação em dia, reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social, (Wieczorkiewicz *et al.*, 2017). Neste estudo, aponta-se que nem sempre é verificado se a família da criança pode participar de algum programa de assistência social ou

benefícios sociais, porém referem à intersectorialidade na atenção à criança, conforme os relatos a seguir:

- "... me perguntaram na consulta sobre a assistência, mas não me enquadro...".
- "... nunca me perguntaram nada nas consultas se preciso assistência ou benefício...".
- "... comigo, ninguém nunca falou de assistência; fui direto no CRAS, estou esperando...".
- "... fui 2 vezes no CRAS e eles negaram..."
- "... não é aqui (Unidade de Saúde) que faz o benefício..."

Um estudo demonstrou a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais em relação aos cuidados no manejo de condições de grande impacto na saúde geral das famílias e da comunidade (Leão; Caldeira; Oliveira, 2011). Neste estudo, a inclusão em programa de suplementação nutricional, sutura, avaliação visual, aconselhamentos ou tratamento referente ao uso de drogas e saúde mental são referidos como desconhecida, pouca ou ausente a ofertada pelas eSF:

- "... acho que faz a inclusão no programa, porque fazem pesagem do leite aqui..."
- "... até gostaria de saber como faz para pegar o leite..."
- "... não sei se fazem aqui..."
- "... não sei informar, nunca precisei desses serviços para tratamento de drogas..."
- "... aqui faz, minha sogra toma remédio para dormir..."
- "... como não precisei de tratamento de drogas, não sei..."
- "... aqui, ajudaram internar minha filha por uso de drogas..."
- "... minha mãe trata a depressão com o médico daqui..."
- "... não sei se atende saúde mental, mas acho que sim..."
- "... aqui não tem tratamento para saúde mental; faço acompanhamento no CAPS..."

É fato que em casos de lesões que requerem suturas, essa assistência é consignada para serviços de urgência e emergência e outros serviços encarregados dessa necessidade (Silva *et al.*, 2023). Os relatos confirmam que o procedimento de sutura geralmente não é realizado no âmbito das USF:

- "... vim com minha mão cortada e sangrando, mandaram ir p UPA..."
- "... aqui não dá ponto, só fazem curativo..."
- "... aqui eles dão ponto, fazem tudo..."
- "... já precisei dar ponto, eles mandam procurar outro lugar..."

A avaliação visual pode ocorrer no âmbito da escola por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), que prevê ações de saúde articulada à rede de educação pública (Brasil, 2007). Porém, os discursos demonstram que a avaliação ocorre no serviço de especialidade:

- "... aqui eles avaliam se tem problema para enxergar e mandam para o especialista..."
- "... não faz aqui avaliação para problemas visuais, é encaminhado..."
- "... aqui não tem, faz encaminhamento para o oftalmologista..."

A atenção à criança numa perspectiva holística, englobando áreas biopsicossociais, com abordagem multiprofissional, pode contribuir para o fortalecimento do atributo Integralidade quanto aos 'Serviços Prestados' (Dornelles *et al.*, 2023). Neste estudo, observa-se que os serviços ocorrem na lógica das ações de prevenção de agravos e promoção à saúde da criança, porém, as vezes as ações apenas são registradas na caderneta da criança em consultas rápidas que não possibilitam a interação, e outras com excesso de informações, conforme os relatos abaixo:

- "... a enfermeira é muito boa, explica tudo o que está fazendo..."
- "... só marcam na carteirinha e não falam nada, eu olho depois; só falam do peso; eu que pergunto para ver se tudo normal..."

- "... na consulta, a enfermeira informa sobre o que ele precisa desenvolver até a próxima consulta; agora que ele começou a engatinhar, a enfermeira já falou sobre coisas pequenas, produtos que ele pode por na boca, do risco de tombo..."

- "... ele não tava ganhando peso, eles me ajudaram na amamentação..."

- "... não sabia que podia dar carne, o Dr. orientou, mas tenho medo dele engasgar..."

- "... meu neném estava com assadura, a enfermeira falou da troca da fralda..."

- "... ele estava com atraso na fala, no desenvolvimento, fui orientada e encaminhada para avaliação..."

- "... a consulta é rápida, que não dá tempo..."

- "... falam até demais, muita coisa a gente já sabe, tenho outros filhos..."

A presença dos atributos derivados no serviço de atenção à saúde favorece o planejamento e execução de ações, permitindo que o cuidado multiprofissional seja mais efetivo, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde da criança (Araújo *et al.*, 2014).

Os relatos referentes à 'Orientação Familiar' revelam que a ESF propicia uma mudança significativa no modelo assistencial, valorizando o contexto de vida das pessoas e sua inserção na família (Leão; Caldeira; Oliveira, 2011). Verifica-se neste estudo que são consideradas as opiniões dos pais ou mães ou cuidadores quanto aos cuidados das crianças, porém há relato de centralidade nos profissionais em alguns casos. Também são investigadas doenças preexistentes na família que possam comprometer a saúde das crianças. Além disso, observa-se que alguns serviços possibilitam a interação dos profissionais com outros membros da família, como mostrado a seguir:

- "... Sempre é discutido; a enfermeira pergunta como eu faço e depois ela orienta..."

- "... só passa a orientação; não perguntam nada para mim..."

- "... definimos juntos, hoje vamos conversar sobre a introdução de alimentos;

- "... quando abriram meu pré-natal, perguntaram de doenças na família..."

- "... não lembro de perguntarem de doenças..."

- "... na consulta, não sei se pode outra pessoa, sempre venho sozinha..."

- "... pode o meu marido, mas sempre sou eu que venho..."
- "... minha mãe sempre entra comigo..."
- "... não pode, trouxe meus filhos juntos e a enfermeira não gostou..."
- "... eu que trago para a consulta; nunca perguntei se pode outra pessoa entrar na consulta..."

Quanto ao desconhecimento pelos profissionais dos agravos que acometem a comunidade, pode estar relacionado à rotatividade, em especial do médico, destacada nos relatos ou, ainda, por não realizarem pesquisas de maneira explícitas. Elas podem estar subtendidas e sendo realizadas durante as visitas, sem que as pessoas estejam cientes de sua participação (Daschevi *et al.*, 2015). O levantamento dos problemas de saúde foi apontado como insuficientes ou inexistentes:

- "...enfermeiras conhece os problemas de saúde, os médicos não..."
- "... o médico é novo aqui, acho que não sabe dos problemas de saúde..."
- "... o médico não sabe dos problemas de saúde, porque muda bastante..."
- "... não vejo elas pesquisando os problemas de saúde da comunidade..."
- "... tem tempo que moro no mesmo lugar, não vi nenhuma pesquisa, pode ser que façam nas casas que tem doentes, na minha casa não vieram..."
- "... sempre passam nas casas vendo se tem doentes ou algum problema..."

As ações de visitas domiciliares (VDs) é uma maneira de se aproximar e conhecer a realidade das famílias (Paula *et al.*, 2017). Neste estudo, constata-se a menção ao ACS no acompanhamento das famílias na comunidade, porém as VDs se apresentam fragilizadas, podendo ser inerentes à própria comunidade, cujas participantes relataram estarem ausentes dos domicílios ou por condições relacionadas aos serviços de saúde, como se observa nos discursos:

- "... a ACS sempre faz visita, se tem algum exame, ela leva, marca as consultas, para não precisar eu vir na unidade;
- "... a ACS sempre passa na minha casa, ela até viu quando sofri violência do meu marido, elas me ajudaram, agora que ele foi preso, to recomeçando com meus filhos..."
- "... elas só vão quando é necessário..."

- "... se vai alguém em casa, nunca tem ninguém em casa, porque a gente esta sempre trabalhando..."
- "... na minha casa não, também não fico em casa, trabalho o dia todo..."
- "... na minha casa não, moro no assentamento não temos cadastros na unidade..."
- "... só vão na casa de quem dá comida para elas, onde tomam café..."

Quanto ao ACS, observou-se no município um número reduzido em várias unidades de saúde e/ou contribuindo no atendimento na recepção das unidades por ausência de auxiliar administrativo ou pela elevada demanda. Com as mudanças políticas no Brasil, projeta-se a inserção em uma equipe de poucos ou somente um ACS, propiciando sua retirada do cotidiano do território. Seu tempo de trabalho tende a ser destinado para a execução de tarefas vinculadas a metas clínicas de orientação tecnicista, de vigilância pontual limitada aos agravos e de atividades burocratizadas relacionadas ao registro e à produção de informações. Devido à relevância dessas atividades, tendem a ocultar ainda mais o prejuízo que a ESF sofre ao concentrar o trabalho dos ACS em torno delas (Fonseca; Morosini, 2021). Neste contexto, ressalta-se a importância de rever o processo de trabalho no município a fim de fortalecer a vigilância à saúde na comunidade.

A participação em Conselhos de Saúde é pouca ou inexistente pelos participantes desta pesquisa, como mostram os fragmentos dos discursos:

- "... olha, nem sei o que é Conselho de Saúde..."
- "... me convidaram para participar do Conselho, eles fazem as reuniões na associação..."
- "... já me convidaram para o grupo de gestante, fui convidada para participar de uma palestra sobre amamentação..."
- "... vou falar com o presidente da associação de moradores sobre o Conselho de Saúde..."

Os relatos sugerem que os serviços não divulgam aos usuários esta possibilidade e, conseqüentemente, não estejam utilizando esta estratégia de vinculação entre serviço e comunidade (Daschevi *et al.*, 2015). A participação popular e o controle social em saúde se configuram como a garantia de que a população

estará envolvida no processo de formulação, controle e tomada de decisão acerca das políticas públicas de saúde e atuação do Estado. Deve ocorrer uma valorização da participação social na gestão das políticas de saúde, a fim de permitir avanços na equidade e na universalização do acesso à saúde (Souza *et al.*, 2021).

Portanto, a abordagem quali-quantitativa possibilitou expor as potencialidades e fragilidades na atenção à criança pelas eSF no município de Ponta Grossa, destacando como a porta de entrada do sistema de saúde cumpre seu papel na rede de atenção, evidenciando que:

- Os pais ou mães ou cuidadores buscam os serviços da sua unidade de saúde de referência para as consultas de rotina, porém 43,9% das crianças não apresentam número de consultas de acompanhamento adequado para idade.

- A atenção à criança nos serviços de saúde tem enfoque nas ações programadas, com pouca articulação na organização do processo de trabalho para absorver a demanda espontânea.

- A inabilidade de reconhecer o risco de adoecimento das crianças no planejamento da oferta dos serviços de saúde promove a descontinuidade dos atendimentos, levando à busca por outros pontos da atenção, impactando o domínio da 'Longitudinalidade'.

- O conhecimento da criança apenas como alguém com problemas de saúde, impossibilita o atendimento e ações de acordo com as necessidades individuais, ainda que sejam atendidas pelo mesmo profissional.

- A rotatividade, principalmente de médicos, ou ausência de profissionais nas unidades de saúde, dificulta o acesso e a continuidade do acompanhamento oportuno da criança.

- A oferta insuficiente ou ausente de alguns serviços nas unidades de saúde de referência, como vacinas, avaliação visual, aconselhamentos ou tratamento referente ao uso de drogas e saúde mental pode promover iniquidade na atenção à criança.

- O desconhecimento dos pais ou cuidadores dos serviços ofertados pelas equipes da ESF compromete o atributo 'Acessibilidade', podendo gerar impacto negativo na prevenção e promoção à saúde da criança.

- Apesar da capacidade de comunicação da equipe da ESF com outros serviços, a Coordenação do Cuidado é fragilizada pela ausência de diálogo entre os

profissionais e os pais ou cuidadores após consulta com especialista e pela falta de informação sobre o direito de acesso aos dados da criança registrados no prontuário.

- A ausência da visita domiciliar impossibilita o conhecimento dos profissionais envolvidos na atenção à criança sobre a realidade das famílias, comprometendo a vigilância da saúde da comunidade.

- A pouca ou inexistente participação em Conselhos de Saúde sugere o desconhecimento dos pais ou cuidadores e falta de divulgação por parte dos serviços desta estratégia de controle social referente às políticas públicas de saúde e atuação do Estado.

Espera-se que esses apontamentos possam contribuir com a reorganização do processo de trabalho da eSF do município e para os esforços na manutenção das estratégias que estão consolidadas com vistas à atenção qualificada promovendo melhores indicadores infantis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese parte do princípio que a APS sendo porta de entrada para atenção à criança, tendo a ESF como prioritária para sua organização, suas ações devem ser suficientes para o atendimento das demandas programadas e espontâneas. Esse trabalho pretendeu avaliar se a atenção à criança em Ponta Grossa é orientada à APS para compreender como está operacionalizada a atenção a essa população a partir da pesquisa de abordagem qualiquantitativa, realizada com 358 famílias, de crianças de zero a dois anos de idade, usuárias da ESF do município, utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde -PCATool-Brasil criança, versão extensa.

Dessa forma, para se atingir o objetivo geral: avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Ponta Grossa, definiu-se cinco objetivos específicos. O primeiro: analisar o perfil sociodemográfico das crianças e famílias usuárias dos serviços da Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa. Verificou-se que das 358 famílias de crianças pesquisadas, o cuidador principal foram as mães, a faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos, a maioria autodeclarados brancos e pardos/mestiços, com 10 anos ou mais de estudo e renda entre 1 a 3 salários mínimos. Mais da metade das famílias possuem casa própria, a maioria em alvenaria e com acesso ao saneamento básico por meio da infraestrutura pública do município.

As mulheres acessaram 7 ou mais consultas de pré-natal, com uma taxa de cesariana de 51,7% e a maioria das famílias tem até três filhos. Das crianças, a idade variou de 0 a 2 anos, sendo os meninos o maior número; a maioria declarada branca, nascidas com 39 semanas ou mais, com boa vitalidade, amamentadas na primeira hora de vida. Delas, 100% realizaram a triagem neonatal, 93,6% apresentam esquema vacinal completo, 56,1% o número de consultas de acompanhamento é adequado para idade e 80,4% estavam em aleitamento materno exclusivo.

Depois, objetivando identificar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança de zero a dois anos de idade cadastradas na ESF de Ponta Grossa, evidenciou-se que os domínios 'Sistema de informação', 'Serviços Prestado', 'Utilização', 'Integração de cuidados', 'Longitudinalidade', 'Afiliação' e 'Orientação Familiar' apresentaram escores maiores. Os atributos 'Acessibilidade', 'Serviços disponíveis' e 'Orientação Comunitária' foram insatisfatórios, caracterizados pelos escores <6,6.

Constata-se que os pais ou mães ou cuidadores buscam os serviços da sua unidade de saúde de referência para as consultas de rotina e encaminhamentos a especialidades, porém em casos de eventos agudos que acometem à criança, 41,6% deles recorrem a outros serviços. O reconhecimento que a utilização não se apresenta na mesma medida da acessibilidade, exige o manejo dos fatores intervenientes que provocam a oferta insuficiente de acesso oportuno nos serviços de atenção à saúde da criança. A percepção dos participantes aponta a oferta nos serviços de saúde focalizado nas ações programadas, podendo promover iniquidade no acesso da demanda espontânea.

A continuidade dos atendimentos pelos mesmos profissionais na utilização dos serviços voltados à criança nas unidades de saúde estudadas é destacada pelos participantes, apesar de apontarem que menos de 50% dos profissionais conhecem as crianças para além de alguém com problema de saúde.

A Coordenação do Cuidado, em casos de necessidade de consultas com especialista ou serviço especializado em sua maioria, é realizada pela unidade de saúde de referência, porém foi sinalizado fragilidade no diálogo entre os profissionais e os pais após consulta. Apesar disso, os resultados desta pesquisa referente a esse atributo confirmam a capacidade de comunicação da eSF com outros serviços de referência, possibilitando a continuidade da atenção à criança, tendo o prontuário como apoio, porém os pais ou mães ou cuidadores desconhecem que possui livre acesso aos dados do prontuário da criança.

Os 'Serviços Disponíveis' destacados positivamente pelos participantes referem-se ao planejamento reprodutivo e aconselhamento e teste anti-HIV, demonstrando um desconhecimento relacionado às demais ofertas de ações nas unidades de saúde. A fragilidade na integralidade das ações referida nos 'Serviços Disponíveis' nas unidades de saúde, em especial quanto à oferta insuficiente ou inexistente na ótica dos participantes, pode gerar impacto à saúde da criança e de sua família. Porém, a dimensão 'Serviços Prestados' na presente pesquisa apresenta elevada satisfação entre os participantes, favorecendo o atributo Integralidade.

A 'Orientação Familiar' apresenta um percentual de respostas próximos ao ponto de corte para satisfação. A singularidade da criança no contexto da 'Orientação Comunitária' não foi abstraída, com destaque para a pouca visita domiciliar, o desconhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde da comunidade, a

pouca ou inexistente participação nos Conselhos de Saúde pelos participantes desta pesquisa.

A análise, com o objetivo de avaliar as relações dos atributos da Atenção Primária à Saúde e indicadores de saúde da criança no município, permitiu inferir a partir do teste t que não houve diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os escores Essencial e Geral da APS e os indicadores avaliados.

A comparação dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde com os distritos sanitários do município de Ponta Grossa, mediante o teste de Kruskal-Wallis mostrou diferença significativa nos componentes: 'Afiliação' ($p = 0,000$), 'Acessibilidade' ($p = 0,000$), 'Utilização' ($p = 0,002$), 'Serviços Prestado' ($p = 0,031$) e nos escores, 'Essencial' ($p = 0,001$) e 'Geral' ($p = 0,005$).

O teste de Kruskal-Wallis permitiu comparar os escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde com o perfil de famílias atendidas nas Estratégia Saúde da Família no município. O resultado demonstrou que o perfil das famílias não tem efeito sobre os Escores Essencial e Geral da APS para os participantes deste estudo, confirmado pelos valores de $p > 0,05$.

A percepção dos participantes sobre os atributos da APS trouxe contribuições importantes. A identificação da ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde das crianças foi observada pela maioria dos participantes no presente estudo, porém o atendimento em situações agudas está mais concentrado em Unidades de Pronto Atendimento, não havendo homogeneidade na utilização dos serviços de atenção à criança, no acesso às consultas e nas ferramentas de comunicação, na disponibilidade dos serviços, no seguimento do atendimento à criança pelo mesmo profissional, destacando a rotatividade do médico, além de apresentar fragilidade na referência e contrarreferência.

Aponta-se a intersetorialidade na atenção à criança, com destaque aos serviços do CRAS. Os serviços prestados à criança ocorrem na lógica das ações de prevenção de agravos e promoção à saúde. As fragilidades relacionadas aos atributos derivados, sobretudo as visitas domiciliares podem estar relacionadas à própria comunidade que relataram ausência devido aos horários de trabalho ou à organização do processo de trabalho da equipe da ESF.

Com isso, a hipótese de que a APS na atenção à criança não cumpre seu papel como a porta de entrada na rede de saúde no município de Ponta Grossa se confirmou, por suas ações estarem focadas mais nas demandas programadas. Não

reconhecendo o risco de adoecimento da criança, incorre no encaminhamento ou busca espontânea aos serviços de pronto atendimento do município por condições sensíveis a APS. Além disso, a heterogeneidade na presença e extensão dos atributos, principalmente quanto à 'Acessibilidade', os 'Serviços Disponíveis' e a 'Orientação Comunitária', provoca iniquidade na atenção à criança.

Considera-se fundamental repensar o processo de trabalho, incorporando estratégias para a superação dos obstáculos para a promoção da saúde da criança, além de investir na qualificação dos profissionais para melhor organização das ações de saúde. Contudo, a atenção prestada pela eSF à criança de zero a dois anos de idade no município de Ponta Grossa é orientada à Atenção Primária à Saúde, representada pelos escores Essencial e Geral $\geq 6,6$.

O instrumento utilizado na pesquisa possibilitou o conhecimento dos aspectos que envolvem os atributos da APS e sua oferta para os cuidados da criança. Os resultados que emergiram possuem potencial para fornecer subsídios aos profissionais e gestores do SUS em uma perspectiva de reorganização dos serviços de saúde.

Este estudo contemplou apenas a percepção dos pais ou mães ou cuidadores de crianças de 0 a 2 anos, impossibilitando a generalização dos resultados para outros grupos populacionais. Eventualmente o usuário pode apresentar uma visão mais crítica dos serviços em relação a outros, como profissionais e gestores. Destaca-se, também, que os resultados são limitados a um município. Em pesquisas futuras, pode-se ampliar a avaliação dos atributos a partir a ótica de outros atores envolvidos na atenção à criança ou de outro grupo populacional.

As lacunas de estudos, principalmente referentes aos atributos derivados na atenção à criança, torna os resultados relevantes. A abordagem qualitativa se desdobra como potencialidade, evidenciando aspectos positivos e negativos dos serviços, importantes para repensar e reformular as ações na perspectiva da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

A partir dessas considerações, apresenta-se o desafio para as equipes das unidades de saúde em empregar esforços para manter as potencialidades destacadas na atenção à criança e implementar estratégias para romper com as fragilidades evidenciadas em defesa de uma saúde infantil mais equânime.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215p.

ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018a. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49559/v42e1802018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 06 abr. 2021.

ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 244-260, 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ALVES, T. F.; COELHO, A. B. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1259-1264, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.04022019

ANDRADE, L. D.; GOMES, D. R.; PIRES, N. C.; SILVA, I. L. D.; OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, D. S. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 20, n. 4, p. 610-618, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/42450/26021>. Acesso em: 11 mar. 2024

ANDRADE et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.6, p.1175-1187, 2015.

ANJOS, C. N. A.; MELLO, C. S.; SANTANA, J. M. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil no Recôncavo da Bahia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 20, n. 2, p. 259-268, mai./ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/43700/25145>. Acesso em: 04 ago.2023.

ANTUNES, M. N.; SIQUEIRA, M. M.; SANTOS, P. H. C.; MARCHITO, L. O. Avaliação de projetos em saúde: metassíntese. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 1, p.140-149, 2016.

AOKI, T. MIYASHITA, J.; YAMAMOTO, Y., IKENOUE, T.; KISE, M.; FUJINUMA, Y.; FUKUMA, S.; KIMACHI, M.; SHIMIZU, S.; FUKUHARA, S. Patient experience of

primary care and advance care planning: a multicentre cross-sectional study in Japan. **Family practice**, v. 43, n. 2, 2017. Disponível em: DOI: 10.1093/fampra/cmw126. Acesso em: 30 mar. 2024.

AQUINO, A. G.; LIMA, J. S. M.; LIMA, L. S. V.; LIMA, L. D. A.; MODESTO, H. D. Medicalização da assistência ao parto normal: Perfil de gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 44, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1430294/enfermeriav44art54252.pdf> Acesso em: 07 fev. 2024.

ARAÚJO, A. T. M.; RECHMANN, I. L.; MAGALHÃES, T. A. O sigilo do prontuário médico como um direito essencial do paciente: uma análise a partir das normativas do Conselho Federal de Medicina. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 8, n. 1, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i1.517>. Acesso em: 26 mar. 2024.

ARAÚJO, L. B.; MÉLO, T. R.; ISRAEL, V. L. Baixo peso ao nascer, renda familiar e ausência do pai como fatores de risco ao desenvolvimento neuropsicomotor. **J Hum Growth Dev.**, v. 27, n. 3, p. 272-280, 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.124072>

ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M; COLLET, N; NEVES, E.T; TOSO, B.R.G.O; VIEIRA, C.S; História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf> Acesso em: 02 abr. 2021.

ARAUJO, J. P.; VIEIRA, C. S.; OLIVEIRA, B. R. G.; GAIVA, M. A.; RODRIGUES, R. M. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, p. 1447-54, 2018. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ARAUJO, J. P.; VIEIRA, C. S.; TOSO, B.R.G.O.; COLLET, N; NASSAR, P. O. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 440-446, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400073>. Acesso em: 26 mar. 2024.

AREDE, PG terá R\$ 10 milhões para reformas em Unidades de Saúde. aRede, 26 fev. 2024. Disponível em: <https://arede.info/ponta-grossa/509492/pg-tera-r-10-milhoes-para-reformas-em-unidades-de-saude?d=1>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ASCENSO, A. M. R.; AGUIAR, R. S.; Acesso da criança na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Saúde coletiva**, v. 10, n. 59, p. 4456-4473, 2020. DOI: Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4456-4473>. Acesso em: 04 ago.2023.

BALEIRO, V. S. L.; SANTOS, D. M.; GIRARD, C. C. P.; MEDEIROS, T. S. P. Análise do programa puericultura em uma Estratégia Saúde da Família na Amazônia. **Enferm Bras**, v. 20, n. 5, p. 600-613, 2021. Disponível em:

<https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4386/7528>. Acesso em: 11 mar. 2024.

BALESTRINI, M. F; BARROS, S. A. B. A política de saúde no município de Ponta Grossa PR a partir da constitucionalização do SUS. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 8, n.1, p. 105-117, 2008. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/118/116>. Acesso em: 03 dez. 2023.

BARBOSA, J. Risco de surto de doenças preveníveis por vacinação é o mais alto em 30 anos. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 20 de abr. de 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-4-2023-risco-surto-doencas-preveniveis-por-vacinacao-e-mais-alto-em-30-anos-diz-diretor> Acesso em: 04 set. 2023.

BARCELOS, R. S.; SANTOS, I. S.; MUNHOZ, T. N.; BLUMENBERG, C. et al. Cobertura vacinal em crianças de até 2 anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, e2020983, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300010>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BARRA, J. F.; GARCIA, M. C. M.; LAURINDO, C. R.; LANZA, F. M.; COELHO, A. C. O. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectiva de enfermeiros. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, e6319109075, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9075>. Acesso em: 17 mar. 2024.

BARRETA, C.; OLIVEIRA, M. A. M.; DIAS, A. M.; CHESANT, F. H. Caracterização dos cuidadores das crianças e dos adolescentes atendidos pelo projeto de extensão de um hospital universitário infantil. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, v.3, n.1, 2016 doi: 10.14210/rbts.v3.n1.p15-24.

BENDER, T. A.; ZILY, A.; FERREIRA, H.; FERRARI, R. A. P.; FRANÇA, A. F. O.; SILVA, R. M. M. Rede Mãe Paranaense: análise da estratificação do risco gestacional em três regionais de saúde em 2017-2018. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 340-353, 2021.

BENEVIDES, J. L.; GUBERT, F. A.; TOMÉ, M. A. B. G.; VASCONCELOS, P. F.; DODT, R. C. M.; PINHEIRO, S. R. C. S. Atributos da atenção primária nas internações de crianças: Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 19, e3481, 2018. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/33811/pdf_1. Acesso em: 22 mar. 2024.

BICHIR, R. M. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. In: *Novos Estudos*, 87, Julho 2010.

BITTENCOURT, I. S.; VILELA, A. B. A.; NUNES, E. C. D. A. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. **Enfermagem Brasil**, v. 10, n. 2, p. 131-136, 2011.

BODSTEIN, R. C. A. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n.3, p. 401-29, 2002.

BOING, A. F. *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012.

BOLFARINE, H; BUSSAB, W. Elementos de Amostragem. Edgard Blucher, 1ª ed, São Paulo: 2005.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27- 53, mar./jun. 2010.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; MEDINA, M. G.; MENDONÇA, M. H. M.; FACCHINI, L. A.; TASCA, R.; NEDEL, F.; LIMA, J. G.; MOTA, P. H. S.; AQUINO, R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wpcontent/uploads/2020/08/RelatorioDesafiosABCovid19SUS.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

BRADBURY-JONES, C.; ISHAM, L. The pandemic paradox: the consequences of Covid-19 on domestic violence. *J Clin Nurs*, v. 29, p. 2047-9, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15296>. Acesso em: 05 set. 2023.

BRAGATO, A. G. C.; GARCIA, L. A. A.; CAMARGO, F. C.; PAULA, F. F. S.; MALAQUIAS, B. S. S.; ELIAS, H. C.; SANTOS, A. S. Avós cuidadores de netos: análise do perfil e intensidade dos cuidados. **Cogitare Enferm.**, v. 28, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/nKnHWrLhS8HrCbL7TPM88mk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2024

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990b.

BRASIL. Lei 8.069 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990c.

BRASIL. Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 693, de 5 de junho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília, 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais**. Série Pactos pela Saúde 2006. 2ª ed. Brasília: Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva, 2006a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria GM/MS nº. 648, 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 28 mar. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 26 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html. Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Portaria GM/MS nº. 2.488, 21 de outubro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
Acesso em: 28 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508 de 28 junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf
Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf
Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011f. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
Acesso em: 22 dez. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.** Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf> Acesso em: 28 mar. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Editora MS, 2012b. (Série E, Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 06 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. 2012d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em: 26 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União 06 set 2013. Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 2015a. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html> Acesso em: 02 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 256 p

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 553, de 09 de agosto de 2017. Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde: Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 265 p

BRASIL. Ministério da saúde. e-Gestor. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) implantados com financiamento do MS nos municípios do Paraná. 2019b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso em: 18 jun. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da saúde. e-Gestor. Cobertura populacional de ESF do Paraná. 2020c. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. e-Gestor. Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde do Paraná. 2020d. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a.139p.

BRASIL. Ministério da saúde. e-Gestor. Cobertura de Saúde Bucal do Paraná. 2021b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. Boletim Epidemiológico, v. 52, out., 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e Fiocruz traçam estratégias para aumentar coberturas vacinais no país. 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/dezembro/ministerio-da-saude-e-fiocruz-tracam-estrategias-para-aumentar-coberturas-vacinais-no-pais>. Acesso em: 04 set. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE divulga resultado da pesquisa Estatísticas do Registro Civil 2020, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2021/11/ibge-divulga-resultado-da-pesquisa-estatisticas-do-registro-civil-2020>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 715, DE 04 DE ABRIL DE 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo. População. 2022c. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal. Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Área territorial do Paraná. 2022d. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. População do Paraná. 2022e. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rendimento médio mensal real domiciliar per capita. 2022f. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7531#resultado>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 01 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. 2023a Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 06 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Ministério da Fazenda apresenta nova regra fiscal e planeja zerar o déficit primário. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/fazenda/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/ministerio-da-fazenda-apresenta-nova-regra-fiscal-e-planeja-zerar-o-deficit-primario> Acesso em: 06 set. 2023.

BRASIL. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.621 de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). 2023 c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14621.htm Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA GM/MS nº. 13, de 13 de janeiro de 2023. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, Nº 11, 16 de janeiro de 2023d. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/2023/20230116_Publicacao_DOU_CP_01.pdf Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. e-Gestor. Cobertura da Atenção Primária. 2023e. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Família. Fatos e Números. Famílias e Filhos no Brasil. 2023f. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/familias-e-filhos-no-brasil.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil, 3ª ed., 2024. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102066_informativo.pdf. Acesso em: 8 fev. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. Brasília: ABEPSS, 2006.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 2, n. 6, 2006.

CARVALHO, R. M. S.; OLIVEIRA, M. A. S. Baixo peso ao nascer associado a fatores de risco maternos e neonatais. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 251-262, jan-jun, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/59453/47197>. Acesso em: 10 mar. 2024.

CASTRO, F. J. G. Resultado do PIB paranaense em 2022 e os setores de serviços e turismo. Análise Conjuntural. Curitiba: Iparde, v.45, n.2, mar./abr. 2023. Disponível em: https://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2023-05/bol_marco_abril_2023.pdf. Acesso em: 18 jun. 2023.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mBWvG8FFRZdQQWnZkBg4MDc/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 25 mar. 2024.

CAVALCANTI, D. M.; ORDOÑEZ, J. A.; ARANSIOLA, T.; et al. Análise de Avaliação e Previsão da Associação de Transferência Condicionada de Renda com Mortalidade Infantil na América Latina, 2000-2030. **Rede JAMA aberta**, v. 6, n.7, 2023. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.23489

CHO, Y.; CHUNG, H.; JOO, H.; JUN, P. H.; JOH, H-K.; KIM, J. W.; LEE, J.K. Comparison of patient perceptions of primary care quality across healthcare facilities in Korea: A cross-sectional study, v. 15, n. 3, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230034>. Acesso em: 30 de março de 2024.

CISNE, M. A. et al. Escolaridade materna associada a fatores obstétricos em gestantes atendidas em um centro de saúde da família. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências – RIEC**, v.5, n.2, 2022.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3085/1724>. Acesso em: 25 mar. 2024.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, R. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nXC3ssKr9bpKNPB73sChncK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2023.

COSTA, M. A.; ALVES, M. T. S. S. B.; BRANCO, R. M. P. C.; CASTRO, W. E. C.; RAMOS, C. A. M. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 24, Supl. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mkLzPhDZLmmfST3kVMVtGBf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2024.

COUTO, J. G. A.; MENDES, A. Argumentos “oficiais” utilizados para as mudanças na atenção primária à saúde brasileira: uma revisão narrativa com foco na nova forma de alocação de recursos. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Car**, v. 14, n. spec, p. e002, 2022. DOI: 10.14295/jmphc.v14.1212. Disponível em: <https://jmp hc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/1212>. Acesso em: 3 dez. 2023.

CRESWELL, J.W.; PLANO CLARK, V.L. Pesquisa de métodos mistos. 2. ed. Penso, Porto Alegre, RS. 2013.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, New York, v. 94, n. 11, p. 1864-74, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/> Acesso em: 20 mar. 2023.

DAMASCENO, S. S.; NÓBREGA, V. M.; COUTINHO, S. E. D.; REICHERT, A. P. S.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9, p. 2961-2973, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.25002015.

DASCHEVI, J. M.; TACLA, M. T. G. M.; ALVES, B.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 36, n. 1, p. 31-38, jan./jun. 2015.

D'AVILA, O. P.; PINTO, L. F. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de

atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RXG4VfChNVS3j3ZH6FKqXFp/>. Acesso em: 12 set. 2023.

DEMITTO, M. D. O.; GRAVENA, A. A. F.; DELL'AGNOLO, C. M.; ANTUNES, M. B.; PELLOSO, S. M. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 51, 2017.

DIAS, B. A. S.; LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 6, 2022. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8064>. Acesso em: 07 fev. 2024.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem.Fund.Q*, v. 44, n. 3, Suppl-206. 1966.

DORNELLES, B. A. A.; TACIA, M. T. G. M.; ROSSETTO, E. G.; TOSO, B. R. G. O.; FONTANA, L. M. S.; SOUZA, G. T.; GABANI, F. L. Avaliação dos atributos acesso, coordenação e integralidade na atenção primária à saúde da criança. **Adv. Nurs. Health.**, v. 5, p. 1-14, 2023.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; ESCRIVÃO JUNIOR, A.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012> Acesso em: 11 dez. 2023.

ESPERIDIÃO, M. A.; SOARES, C.; RODRIGUES, C.; SOUZA, M. C.; MALHEIROS, R.; MONTALVÃO, A.; BEHY, L. A infância como objeto de análise política em saúde. In: TEIXEIRA, C.F., comp. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: EDUFBA, p. 305-338, 201. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0010>. Acesso em: 04 abr. 2023.

FAGUNDES, H.; MOURA, A. B. de. Avaliação de programas e políticas públicas. *Revista Textos & Contextos*, v. 8, n.1, p. 89-103, Porto Alegre, jan./jun., 2009.

FALEIROS, V. P. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. IPEA; 2005. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4569/1/bps_n.11_ENSAIO1_Vicente1_1.pdf Acesso em: 04 abr. 2023.

FARIA, R. M.; JANTSCH, L. B.; NEVES, E. T.; HAUSEN, C. F.; BARROS, A. P. Z.; SEHNEM, G. D.; MIRANDA, M. J. Social and territorial inequalities in the mortality of children and adolescents due to Covid-19 in Brazil. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 6, e20210482, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Y9CJLipYpdxpb3YB9NJGZkB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2023.

FINKLER, A. L.; VIEIRA, C. S.; TACLA, M. T. G. M.; TOSO, B. R. G. O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta**

Paul Enferm. v. 27, n. 6, p. 548-553, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/pMBG4rNGK9MGLvfSsDJYRcD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2024.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. **Política de saúde: uma política social**. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato L. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 25-57.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS em Revista**, v. 3, n. 3, p. 210-223, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/218/102>. Acesso em: 27 mar. 2024.

FONSECA, B. S., SHIBUKAWA, B. M. C., PIRAN, C. M. G., FURTADO, M. D., MERINO, M. F. G. L., KUBO, R. Y. I. Acompanhamento dos bebês de alto risco em serviços de saúde: compromisso a favor da vida. **Revista Nursing**, v. 24, n. 283, p. 6743-6756, 2021.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev bras med fam comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012. [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(22\)417](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(22)417).

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. Violência contra crianças e adolescentes (2019-2021). São Paulo: FBSP, 2021.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z.; SANTOS, M. S.; CAPPELLINI, V. K.; ALMEIDA, A. C. C. de. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n12/4851-4860/pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

FREITAS, J. L. G.; SOUZA, M. H. N.; CAVALCANTE, D. F. B.; ORFAO, N. H.; MENDES, V. A., ALVES, J. C. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde da criança na perspectiva dos cuidadores. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/52548/36261>. Acesso em: 17 mar. 2024.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Observatório da criança e adolescente. Moradia. 2022. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/moradia>. Acesso em: 10 de março de 2024.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL- FMCSV. Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância. 2022.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. GIOVANELLA L; ESCOREI S; LOBATO LVC; NORONHA JC; CARVALHO AI, (Orgs.) 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 1100p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A., GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano

fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019. doi: 10.1590/0102-311X00012219

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. E. M.; MENDONÇA, M. H. M.; FACHINI, L. A. 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas (2023). **Caderno Adenauer**, n.1, p.111-131, 2023. Disponível em: <https://www.kas.de/pt/web/brasilien/einzeltitel/-/content/einhundert-tage-lula-iii>. Acesso em: 04 dez. 2023.

GOMES, B. C. F.; MENEGAZZO, G. R.; STRECK, M. T. H.; CARVALHO, J. L.; GIORDANI, J. M. A.; WEILLER, T. H. Prevalência de longitudinalidade e fatores associados no cuidado às crianças. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 19, n. 68, p. 65-76, abr./jun., 2021. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6894/3359. Acesso em: 10 de março de 2024.

GOMES, M. de F. C. M. Avaliação de políticas sociais e cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. In: SILVA, M. O. S. (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001, p. 17-36.

GUEDES, H. M.; SOUSA, A. A.; BARBOSA, B. R.; CAMPOS, L. C.; DIAS, J. A.; GALVÃO, E. A. Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 12, 2022. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4219>. Acesso em: 10 mar.2024.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 8, p. 1649- 1659, 2006.

HAUSER, L.; CASTRO, R. C. L.; VIGO, A.; TRINDADE, T. G.; GONÇALVES, M. R.; STEIN, A. T.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária   Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.

HIGUCHI, C. H., FUJIMORI, E., CURSINO, E. G., CHIESA, A.M., VERÍSSIMO. M. D. L., MELLO, D. F. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32. n. 2, p. 241-7, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200005> Acesso em: 28 mar. 2021.

HOA, N. T.; TAM, N. M.; DERESE, A.; MARKUNS, J. F.; PEERMAN, W. Patient experiences of primary care quality amongst different types of health care facilities in central Vietnam. **BMC health services research**, v. 19, n.1, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4089-y>. Acesso em: 30 mar. 2024.

HOWELL, E. A. et al. Reduction of Peripartum Racial and Ethnic Disparities: A Conceptual Framework and Maternal Safety Consensus Bundle. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 63, p. 366–376, 2018.

INSTITUTO BUTANTAN. Queda nas taxas de vacinação no Brasil ameaça a saúde das crianças, 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/queda-nas-taxas-de-vacinacao-no-brasil-ameaca-a-saude-das-criancas>. Acesso em: 18 jun. 2023.

INSTITUTO BUTANTAN. Maioria dos municípios brasileiros não atingiu a meta de cobertura para vacinas do calendário infantil em 2023, 2024. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/maioria-dos-municipios-brasileiros-nao-atingiu-a-meta-de-cobertura-para-vacinas-do-calendario-infantil-em-2023>. Acesso em: 11 mar. 2024.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Geografia do Paraná. 2010. Disponível em: <http://www.geografia.seed.pr.gov.br/modules/galeria/detalhe.php?foto=353&evento=8>. Acesso em: 18 jun. 2023.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Estado do Paraná. 2024a. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=19&btOk=ok>. Acesso em: 15 abr. 2024.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Estado do Paraná. 2024b. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000>. Acesso em: 15 abr. 2024.

JAIME, P.C, *et al.* Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v.16, n. 2, p. 159-167, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hVpGHJXWrgxc6FH3TxTCsyK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2021.

JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e avaliação de programas sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. São Paulo: Alínea, 2016.

KERSTENETZKY, C. L. **O Estado de Bem estar na idade da razão. A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; Campus, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, sup. 1, p. 1-17, 2017.

LEAL, M. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de saúde Pública*, v.50, n.8, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt> Acesso em: 06 fev. 2024.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, jul.-set., 2011.

LEFREVE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH”, São Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.2, p.68-75, 2003.

LEFREVE, F; LEFREVE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala o que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.517-24, 2006.

LEITE, V. C.; GASQUEZ, A. S.; BERTONCIN, K. R. Estratificação de risco em gestantes no pré-natal. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S2, p. 184-193, jan./mar. 2019.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, V. 33, Sup 2:e00129616, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 nov. 2023.

MAGALHÃES, A. L. C.; MONTEIRO; D. L.M.; TRAJANO, A. J. B.; SOUZA, F. M. Proporção e fatores associados a Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida: de 1999 a 2019, o que mudou? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 385-396, 2023.

MALMANN, M. B.; TOMASI, Y. T.; BOING, A. F. Neonatal screening tests in Brazil: prevalence rates and regional and socioeconomic inequalities. **J Pediatr**, v. 96, n. 4, p. 487-494. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/VPGYchWRMK4VGW4bgmsjTCm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 dez. 2023.

MARINHO, C. S. R.; FERREIRA, M. A. F. Evolução das políticas públicas frente à redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, e474101119584, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19584/17901> Acesso em: 10 dez. 2023.

MARTINS, D. O. M. C.; CAVALCANTE, A. S. P.; PEREIRA, W. M. G.; VASCONCELOS, A. A.; MACIEL, G. P.; MARTINS, A. D. M. Adesão às consultas de puericultura das crianças: uma intervenção na Estratégia Saúde da Família. *Revista de APS*, v. 24, n. 2, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/28892/23553>. Acesso em 14 de julho de 2024.

MARTINS, J. S.; ABREU, S. C. C., QUEVEDO, M. P., BOURGET, M. M. M. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p.

1-13, 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1252/823>. Acesso em: 19 abr. 2024.

MATUDA, Caroline Guinoza; AGUIAR, Dulce Maria de Lucena; FRAZÃO, Paulo. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.173-186, 2013.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELO, L. C. O.; NAKANO, A. M. S.; MONTEIRO, J. C. S.; FURTADO, M. C.C. Atributos da atenção primária à saúde na atenção ao aleitamento materno. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, e20170516, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0516>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MELO, W. S.; BRITO, L. C. S.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; BARBOSA, L. P.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Prevalência e fatores associados à realização dos exames de triagem neonatal no Brasil: comparação da PNS 2013 e 2019. **Cien Saude Colet**, 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-e-fatores-associados-a-realizacao-dos-exames-de-triagem-neonatal-no-brasil-comparacao-da-pns-2013-e-2019/18849?id=18849&id=18849>. Acesso em: 11 mar. 2024.

MENDES, A.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde Soc.** São Paulo, v.32, n.1, e210307pt, 2023.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, Jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 abr. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 abr. 2021.

MENDES, E. V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MENDES, I. C.; PINHEIRO, D. S.; REBELO, A. C. S.; CARNEIRO, L. C.; JESUINO, R. S. A. Aspectos Gerais da Triagem Neonatal no Brasil: Uma Revisão. **Rev Med Minas Gerais**, v. 30, e-3008, p. 2238-3182, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20200019>. Acesso em: 18 jun. 2023.

MERHY, E.; FRANCO, T. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY, E.; FRANCO, T. Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MILANI, L. R. N.; BUSATO, I. M. S. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 2, p. 157-171, 18 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./sep.1993.

MIRANDA, C. R.; CINTRA, J. P. S. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil. 1ª Ed. São Paulo: Fundação Abrinq, 2023. Disponível em: https://observatoriocrianca.org.br/system/library_items/files/000/000/035/original/cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2023.pdf.pdf?1678125969. Acesso em: 17 abr. 2024.

MOGHADDAM, K. B., MOGHADDAM, M. B., SADEGHMOGHADDAM, L., AHMADI, F. The concept of hospitalization of children from the view point of parents and children. **Iran J Pediatr**, v. 21, n. 2, p. 201-8, 2011. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?pe11034> Acesso em: 06 abr. 2021.

MORAIS, J. M. O.; DANTAS, S. L. C.; PAZ, B. S. N.; BEZERRA, S. M. Assistência ao parto e nascimento sob a ótica de puérperas atendidas em uma maternidade pública. **Rev. Enferm.UFSM**, Santa Maria, v. 9, e2, p. 1-10, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28225/pdf_1 Acesso em: 7 fev. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020.

MURARI, C. P.; ARCIPRETE, A. P.; GOMES-SPONHOLZ, F.; MONTEIRO, J. C. Introdução precoce da alimentação complementar infantil: comparando mães adolescentes e adultas. **Acta Paul Enferm.** v. 34, 2021.

Nakamura-Pereira. M.; Amorim, M. M.; Pacagnella, R. C.; Takemoto, M. L.; Penso, F. C.; Rezende-Filho, J.; Leal, M. C. Covid-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Femina**, v. 48, n. 8, p. 496-498. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118623/femina-2020-488-496-498.pdf> Acesso em: 01 set. 2023.

NUNES, L. Panorama da Cobertura Vacinal no Brasil, 2020. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. São Paulo: IEPS, 2021. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Panorama_IEPS_01.pdf Acesso em: 04 ago.2023.

OLIVEIRA, K. A.; ARAÚJO, E. M.; OLIVEIRA, K. A.; CASOTTI, C. A.; SILVA, C. A. L.; SANTOS, D. B. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Saúde Pública**, v. 52, n. 26, 2018.

OLIVEIRA, K. B. O.; JESUS, D. O.; BRUNE, M. F. S. S.; RIEGEL, F. VACCARI, A. BRUNE, M. W. Análise do processo de triagem neonatal biológica no estado de Mato Grosso. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 5, p. 159-65, 2020. DOI: Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3404>. Acesso em: 18 jun. 2023.

OLIVEIRA, K. N. S.; SANTOS, Y. C. S.; PINTO, A. G. A.; SAMPAIO, Y. P.C.C. Instrumentos para avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 46, p. 194-213, jan./mar. 2023

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.

ORELLANA, J.; JACQUES, N.; LEVENTHAL, D. G. P.; MARRERO, L.; MORÓN-DUARTE, L. S. Excesso de mortalidade materna no Brasil: Desigualdades regionais e trajetórias durante a epidemia de Covid-19. **PLoS UM**, v. 17, n. 10, e0275333, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>. Acesso em: 01 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários. Agora mais que nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Astana. Conferência Global sobre Atenção Primária de Saúde. OMS/UNICEF, 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em: 06 fev. 2024.

OSCAR, M. C. B.; SIMÃO, D. A. S.; RIBEIRO, G. C.; VIEIRA, E. W. R. Consulta neonatal na primeira semana de vida na atenção primária: baixa prevalência e fatores relacionados. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0295>. Acesso em: 8 fev. 2024.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, maio, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 11 mar. 2023.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 15-28, dez., 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia Mãe Paranaense. Paraná, 2012. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guiad.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Estratificação de risco de crianças no Paraná, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20e%20acompanhamento%20de%20puericultura%20aprovada%20em%20CIB%2028.04.2021.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Divisão de Atenção à Saúde da mulher. Linha Guia Atenção Materno infantil: gestação. Curitiba: SESA, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guiam_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

PLATT, V. B.; GUEDERT, J. M.; COELHO, E. B. S. Violence against children and adolescents: notification and alert intimes of pandemic. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, 2021.

PEDRAZA, D. F. Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2291-2302, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06022023EN>. Acesso em: 24 mar. 2024.

PEDRAZA, D. F.; ARAUJO, E. M. N. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.26 n.1 Brasília, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100018>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PEREIRA, D. L. M.; SOUSA, I. M. O.; CORREA, R. G. C. F.; RABELO, P. C.; ROLIM, I. L. T. P.; OLIVEIRA, B. L. C. A. Processo histórico de mudanças na saúde pública até a implantação da política nacional de atenção básica. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 12, n. 74, p. 9811-9824, 2022. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2022v12i74p9811_9824. Disponível em:

<https://revistasauodecoletiva.com.br/index.php/sauodecoletiva/article/view/2342>. Acesso em: 14 mar. 2023.

PEREIRA, N. N. B.; REINALDO, A. M. S. Não adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. APS.**, v. 21, n. 2, p. 300-319, 2018.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde** - Ponta Grossa 2014-2017. Ponta Grossa, 2013.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão exercício 2015**. Ponta Grossa, 2015.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde** - Ponta Grossa 2018-2021. Ponta Grossa, 2017.

PONTA GROSSA. Leis Municipais. Lei nº. 13.345 de 03 de dezembro de 2018. Cria a Fundação Municipal da Saúde de Ponta Grossa, e dá outras providências. 2018a. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/2018/1335/13345/lei-ordinaria-n-13345-2018-cria-a-fundacao-municipal-da-saude-de-ponta-grossa-e-da-outras-providencias> Acesso em: 20 dez. 2023.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Ônibus da vacina: Projeto será ampliado e inicia serviço na próxima semana, 21 de ago. 2018. 2018b. Disponível em: <https://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/40665>. Acesso em: 26 mar. 2024.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Relatório detalhado - 3º quadrimestre relatório anual de gestão exercício 2020**. Ponta Grossa, 2020.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde** - Ponta Grossa 2022-2025. Ponta Grossa, 2021.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Protocolo de saúde das mulheres na Atenção Primária à Saúde**. 2ª VERSÃO. Ponta Grossa, 2022a. Disponível em: https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/SAUDE_DA_MULHER.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Protocolo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de baixo risco na atenção primária à saúde**. 2ª VERSÃO. Ponta Grossa, 2022b. Disponível em: https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PROTOCOLO_PUERICULTURA_2022.pdf Acesso em: 22 jun. 2023.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado - 3º Quadrimestre Relatório Anual de Gestão - Exercício 2022**. Ponta Grossa, 2022c. Disponível em:

<https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2023/06/RAG-Relatorio-Anual-Gestao-2022.pdf> Acesso em: 19 jun. 2023.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. Protocolo de acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. 3ª edição. Ponta Grossa, 2022d. Disponível em: https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/Protocolo_de_Acolhimento_aps_edicao_3.pdf. Acesso em: 25 de mar. 2024.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado - 2º Quadrimestre Relatório Anual de Gestão - Exercício 2023**. Ponta Grossa, 2023a. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/plano-de-saude-2023/> Acesso em: 19 dez. 2023.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Estado do Paraná. Fundação Municipal de Saúde. **Distritos Unidades de Saúde**. Ponta Grossa, 2023b. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/distritos-unidades-de-saude/> Acesso em: 27 jun. 2023.

REÍ, M. M. L.; NASCIMENTO, A. C. A. S.; FONSECA, M. R. C. C. Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e11111427180, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27180>. Acesso em: 7 fev. 2024.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, C. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-812320172226.14282016. Acesso em: 30 mar. 2024.

Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN). 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/09/OLHESumExecutivoESPANHOL-Diagramacao-v2-R01-02-09-20224211.pdf> Acesso em: 05 set. 2023.

REICHERT, A. P. S.; LEÔNICO, A. B. A.; TOSO, B. R. G.; SANTOS, N. C. C. B.; VAZ, E. M. C.; COLLET, N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 119-127, 2016.

REIS, R. S. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.17 - 42, ago. dez. 2004 – jan. jul. 2005.

REZER, F.; SOUZA, T. V.; FAUSTINO, W. R. Dificuldades dos responsáveis por crianças na adesão a puericultura. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 338-350. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/430>. Acesso em 14 de julho de 2024.

RODRIGUES, M. S.; MERCÊS, R. O.; SILVA, N. P.; SANTANA, J. M. Assistência pré-natal e amamentação exclusiva na atenção primária à saúde em um município do Sudoeste da Bahia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 22, n. 1, p. 83-89, jan./abr. 2023. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v22i1.49186>. Acesso em: 22 mar. 2024.

ROSOLEM, L. H.; CONTIERO-TONINATO, A. P.; SANGUINO, G. Z.; BONATI, P. C. R.; REZENDE, V. D.; MELLO, D. F.; FURTADO, M. C. C. Caderneta de saúde da criança: coordenação do cuidado e acesso à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, p. e61496, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>. Acesso em: 26 mar. 2024.

RUIZ, L. K. T.; FRANCHI, J. V. O.; COLOMBO, N. C. R.; MEDEIROS, F. F. et al. Assistência pré-natal em serviços públicos de saúde do Estado do Paraná. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e37010212543, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12543> Acesso em: 06 fev. 2024.

SANINE, P. R.; ZARILI, T. F. T.; NUNES, L. O.; DIAS, A.; CASTANHEIRA, E. R. L. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094417>. Acesso em: 04 abr. 2023.

SANTOS, R. C. K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. PUERICULTURA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: ASPECTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_06.pdf Acesso em: 05 abr. 2023.

SANTOS, D. S.; MENEZES, M. O.; ANDREUCCI, C. B.; PEREIRA, M. N.; KNOBEL, R.; KATZ, L.; SALGADO, H. O.; AMORIM, M. M. R.; TAKEMOTO, M.L. S. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clinical Infectious Diseases**, v. 72, ed. 11, p. 2068-2069, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>. Acesso em: 30 ago. 2023.

SANTOS, N. C. C. B.; VAZ, E. M. C.; NOGUEIRA, J. A.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.1, 2018. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00014216. Acesso em: 06 fev. 2024.

SCHWEISS, G. V.; RINALDI, E. C. A.; CAMPOS, C. G. P.; SCUPIEN, S. V.; PREUSS, L. T. Childbirth attention: implementation of non-pharmacological measures to alleviate pain. **International Journal of Development Research**, v. 12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37118/ijdr.23836.01.2022>. Acesso em: 06 fev. 2024.

SEHNEM, G. D., SALDANHA, L. S., AIRBOIT, J., RIBEIRO, A. C., & PAULA, F. M. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5. n. 1, 2019. doi: 10.12707/RIV19050.

SENNA, M. C. M.; SANTOS, M.A. Atenção Primária à Saúde na agenda pública brasileira: dilemas entre focalização e universalidade. **Revista de Políticas Públicas**,

v. 21, n. 1, p. 403-424, 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v21n1p403-424>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SIGNOR, E.; WEILLER, T. H.; LOPES, L.F.D.; GONZALES, R. I. C.; ANTUNES, L. B.; KESSLER, M. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais. **Rev. Enferm. UFSM**, v.12, e46, p.1-16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769267809>. Acesso em: 17 mar. 2024.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Family Practice**. v. 50, n. 2, p. 161–75, 2001. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SILVA, D. I.; VERÍSSIMO, M. L. O. R.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.1, p.11-18, 2015.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>. Acesso em: 22 mar. 2024.

SILVA, G. C. G. V.; SILVA, M. A. M.; NOGUEIRA, P. P.; BARBOSA, O. L. C. Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 12, n. 1, p. 60-65, Jan./Jun, 2021.

SILVA, J. L. P.; LINHARES, F. M. P.; BARROS, A. A.; SOUZA, A. G.; ALVES, D. S.; ANDRADE, P. O. N. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto Contexto Enferm.**, v.27, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ycDnYSdRWvx8QzWyGXYPpf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SILVA, L. S. R.; CAVALCANTE, A. N.; CARNEIRO, J. K. R.; OLIVEIRA, M. A. S. Índice de Apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no centro de saúde da família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/CE. **Revista Científica da FMC**, v. 15, n. 1, 2020. DOI 10.29184/1980-7813.rcfmc.232.vol.15.n1.2020.

SILVA, M. A.; RIBEIRO, C. H. S.; BEZERRA, M. L. R. Aleitamento materno exclusivo: uma análise dos seis primeiros meses de vida. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, e11511830571, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30571>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SILVA, M. O. S. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, M. O. S. (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001, p. 37-91.

SILVA, M. P.; MELLO, A. P. Q. Impacto da introdução alimentar precoce no estado nutricional de crianças pré-escolares. **Revista Saúde & Ciência online**, v. 9, n. 1, p. 110-129, jan.-abr, 2021.

SILVA, N. C.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, 2010.

SILVA, S. L.; FILHO, M. B.; CAMINHA, M. F. C.; SANTOS, C. C.; CORRÊA, T. A.; LIMA, E. P. O.; SANTOS, C. S.; ANDRETO, L. M.; MARTINS, M. R.; ARRUDA, R. C. T. Avaliação do atributo da integralidade na atenção primária à saúde da criança. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 8, 2023. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e13495.2023>. Acesso em: 22 mar. 2024.

SILVA, T. V. S.; SANTOS, K. M. R.; FERREIRA, T. L. S.; ANDRADE, F. B. Avaliação do atributo derivado orientação familiar na saúde da criança. **Revista Ciência Plural.**, v. 5, n. 2, p. 1-15, 2019.

SOUZA, E. L., et al. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. **Rev Med**, São Paulo, v. 101, n. 5, set.-out, 2022.

SOUZA, G. T.; ALVES, B. A.; TACLA, M. T. G. M.; COLLET, N.; TOSO, B. R. G. O. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 39-46, jan./jun., 2015. DOI: 10.5433/1679-0367.201v36n1p39.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, R. Desenvolvimento Infantil: análise de um conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 set. 2023.

SOUZA, L. S.; ARAUJO, B. O.; JUIANO, I. A.; ARAUJO, M. O. Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em saúde para a garantia do acesso à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3370>. Acesso em: 27 mar. 2024.

SPEDO, Sandra Maria; RODRIGUES da Silva Pinto, NICANOR; Yoshimi Tanaka, Oswaldo. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, jul.-set., 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4008/400838228014.pdf> Acesso em: 01 set. 2023.

STÁBILE, A. P.; BRAZ, J. C.; FURTADO, M. C. C.; MELLO, D. F. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 31-41, jan./abr., 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SZWARCWALD, C. L.; BOCCOLINI, C. S.; ALMEIDA, W. S.; SOARES FILHO, A. M.; MALTA, D. C. Mortalidade por Covid-19 no Brasil, 2020-21: consequências do manejo inadequado da pandemia. **Arch Saúde Pública**, v. 80, n. 255, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-01012-z>. Acesso em: 30 ago. 2023.

TESTON, L. M.; MENDES, A.; CARNUT, L.; LOUVISON, M. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, e310127, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310127>. Acesso em: 12 set. 2023.

TOMASI, E.; NUNES, B. P.; MULLER, R. M.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; DURO, S. M. S.; SAES, M. O.; DILÉLIO, A. S.; REIS, M. B. D.; FACCHICI, L. A. Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, p. 81-90, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100007>. Acesso em: 19 abr. 2024.

TSUNECHIRO, M. A.; LIMA, M. O. P.; BONADIO, I. C.; CORRÊA, M. D.; SILVA, A. V. A.; DONATO, S. C. T. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 18, n. 4, p. 781-790, out. / dez., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>. Acesso em: 22 mar. 2024.

UNICEF. Cuidados Primários em Saúde. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância no Brasil, 1979.

UNICEF. Capture the Moment – Early initiation of breast-feeding: The best start for every newborn. United Nations Children's Fund. New York: UNICEF, 2018

UNICEF. As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil. Brasília: 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/as-multiplas-dimensoes-da-pobreza-na-infancia-e-na-adolescencia-no-brasil> Acesso em: 04 ago. 2023.

VASCONCELOS, M. I. O.; XAVIER, A. L. C.; NASCIMENTO, M. N.; CAVALCANTE, Y.A.; ROCHA, S. P.; GOMES, J. S. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de leitura. **SANARE**, Sobral - v.17, n.01, p.65-73, Jan./Jun. – 2018.

VAZ, E. M. C.; MAGALHÃES, R. K. B. P.; TOSO, B. R. G. O.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2015.

VENDRÚSCULO, T.C., KRUELL, S.C. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Rev Disciplinarum Scientia**. 2016. Disponível em <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 07 fev. 2024.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M., LEAL, M.C. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, May, 2011.

Vieira, D. S.; Santos, N. C. C. B.; Nascimento, J. A.; Collet, N.; Toso, B. R. G. O.; Reichert, A. P. S. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 2-10, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>. Acesso em: 24 mar. 2014.

VITOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 1, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000100014>. Acesso em: 07 fev. 2024.

WIECZORKIEWICZ, A. M.; CARDOSO, K. C. A.; DIETTERICH, R. G.; CAMPOS, R., FLORES, A.; PETREÇA, D. O impacto das condicionalidades do programa bolsa família na saúde infantil: o caso de um município do planalto norte catarinense/Brasil. **Rev. APS**, v. 20, n. 2, p. 167-173, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15771/8241>. Acesso em: 26 mar. 2024.

YOU, D., HUG, L., EJDEMYR, S., BEISE, J. Levels and trends in child mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund, 2015. Disponível em: http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf. Acesso em: 06 abr. 2021.

World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet, London, England*, v. 2, p. 436-7, 1985.

ZANELLO, V.; PORTO, M. Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016. p. 103-122. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/24590/1/CAPITULO_DispositivoMaternoProcessos.pdf. Acesso em: 8 fev. 2024.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA SOCIODEMOGRÁFICOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Dados sociodemográficos

Entrevistador:	Data: / /		
Bairro de residência:			
Unidade de Saúde do bairro:			
Local onde fez o pré-natal:			
Nome (INICIAIS):	Nascimento: / /	Idade:	
Estado civil: () Casada () União estável	() Solteira	() Divorciada	() Viúva
Qual a sua cor ou raça/etnia? () branca	() preta	() parda/mestiça	() amarela
() indígena () não sabe/não respondeu			

Quantos anos você estudou? _____ anos
Escolaridade: () Analfabeta/Até 3ª série fundamental () Até 4ª série fundamental () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo
Número de filhos: Todos vivos? () sim () não Teve algum aborto? () sim () não
Idade dos filhos:
Quantas pessoas moram na sua casa?
Quantos cômodos/peças da casa usam para dormir?
Quantas pessoas ajudam com a renda da residência?
No mês passado, quanto receberam, juntas, as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? _____
Faixas de renda: () até 250 reais () de 250 a 500 reais () de 501 a 1.500 reais () de 1.501 a 2.500 reais () de 2.501 a 4.500 reais () de 4.501 a 9.500 reais () mais de 9.500 reais () não sabe/não respondeu
Moradia: () própria () alugada () cedida
Tipo de moradia : () alvenaria () madeira () material aproveitado () outro:
Destino de lixo: () coletado () queimado () céu aberto
Água: () filtrada () fervida () clorada () não tratada
Abastecimento: () rede pública () poço () outros :
Destino dos resíduos: () esgoto () fossa () céu aberto

Saúde da Criança

Nome (INICIAIS):	Nascimento: / /	Idade:
Local de nascimento da:		
Idade Gestacional da mãe na ocasião do parto:		
Peso ao nascer:	Comprimento ao nascer:	
Apgar ao nascer:	1º mim _____	5º mim _____
Amamentação: 1ª hora () Sim () Não	Desmame idade:	
Triagem neonatal: Teste do olhinho: () Normal () Alterado	Teste do coraçãozinho: () Normal () Alterado	
Teste da orelhinha: () Normal () Alterado	Teste do pezinho: Data: / / () Normal () Alterado	
Esquema vacinal: () Completo () Incompleto		
Puericultura:		

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Universidade Estadual de Ponta Grossa

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Av.: Gen. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco Reitoria, Sala 22

Campus Uvaranas Ponta Grossa Fone: (42) 3220.3282 e-mail: propespsecretaria@uepg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA**” que tem como objetivo avaliar os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde na assistência à saúde da criança prestadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Ponta Grossa **ou seja, o acesso e a utilização do serviço, a continuidade da utilização ao longo do tempo, os serviços disponíveis e continuidade de atendimento pelo mesmo profissional.**

Sua participação, se dará da seguinte forma: respondendo um questionário com duração de 20min sobre o senhor(a) (escolaridade, estado civil, raça, renda), dados do nascimento do seu filho(a), da sua moradia e do serviço e profissionais que atenderam seu filho(a). Para complementar os dados da pesquisa, será preciso também sua autorização para ter acesso a carteirinha de saúde do seu filho(a). Para nossa proteção será seguido as recomendações da vigilância sanitária vigente no momento – distanciamento necessário, uso de máscara e higienização das mãos.

Será garantido o sigilo e sua privacidade e de seu filho(a) serão respeitadas. Assim, seu nome ou do seu filho(a) não irão aparecer no estudo ou outros dados pessoais informado que possa revelar a identidade de vocês.

O senhor(a) poderá se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem precisar se justificar e sem sofrer qualquer prejuízo. O senhor(a) poderá ser ressarcido de quaisquer despesas oriundas da sua participação. Destaca-se que esta pesquisa poderá colaborar com a gestão do município referente ao serviço prestado à saúde da criança.

A Prof^ª. Elaine Cristina Antunes Rinaldi é responsável pela pesquisa. Se desejar informações ou esclarecimentos sobre o estudo, você poderá entrar em contato por telefone (42) 3220-3735 ou pessoalmente no Departamento de Enfermagem, bloco M, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, das 13:30h às 17:30h, de segunda à sexta feira.

Como participante, senhor(a) terá a garantia a ter as informações que desejar, antes, durante e após a realização desta pesquisa. Caso tenha interesse, o senhor(a) poderá ser informado de todos os resultados obtidos.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo o (a) senhor(a) deve entrar em contato com a CEP/UEPG por telefone, e-mail ou pessoalmente. Este documento será feito em duas vias uma delas ficará com a pesquisadora e a outra ficará com o(a) senhor(a).

Eu, _____, portador do RG nº _____, com endereço ou telefone para contato _____

tendo sido orientado(a) sobre a pesquisa e compreendido o que vai ser feito e como isso acontecerá, ACEITO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor monetário, a receber ou a pagar.

Ponta Grossa,.....de.....202____.

Assinatura do participante

Responsável pela pesquisa

ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP/FMS



CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, CARLOS EDUARDO CORADASSI, coordenador do Núcleo de Educação Permanente – NEP / FMS, autorizo a realização do projeto **Avaliação dos Atributos Essenciais da Atenção Primária em Saúde da Criança no Município de Ponta Grossa**, realizada pela **Universidade Estadual de Ponta Grossa**, que será desenvolvido pela pesquisadora **Elaine Cristina Antunes Rinaldi**.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

Ponta Grossa, 17 de outubro de 2022.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Coradassi', with a stylized flourish at the end.

Carlos Eduardo Coradassi
Coordenador do Núcleo de Educação Permanente – NEP
Fundação Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UEPG

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Pesquisador: Elaine Cristina Antunes Rinaldi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64430122.7.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.731.735

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária em Saúde (APS) se estabeleceu em torno da organização dos serviços como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo-lhe amplamente atribuída a função de primeiro contato para o cuidado e proporcionar o acesso integrado a outros recursos no sistema de serviços de saúde. Este estudo objetiva avaliar os atributos essenciais da APS na assistência à saúde da criança no município de Ponta Grossa. Trata-se de uma pesquisa avaliativa que será realizada com pais ou responsáveis por crianças de 0 a 2 anos, utilizando um questionário com características socioeconômicas e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool Brasil versão Criança. A análise será mediante as recomendações do Manual PCATool-Brasil. Espera-se apresentar evidências que subsidiem as ações de saúde voltadas a criança.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde na assistência à saúde da criança prestadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Ponta Grossa.

Objetivo Secundário:

Contextualizar a saúde no Brasil e a política de saúde na atenção primária à saúde da criança; Caracterizar o perfil socioeconômico das crianças e famílias usuárias dos serviços da ESF do município de Ponta Grossa; Identificar a presença e extensão dos atributos essenciais da APS na

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 5.731.735

atenção à saúde da criança de zero a dois anos cadastradas na ESF do município de Ponta Grossa, por meio do instrumento PCATool-Brasil versão Criança; Verificar as relações dos atributos essenciais e dos indicadores de saúde da criança e identificar os impactos da pandemia na presença dos atributos essenciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quebra de sigilo; apresentar dificuldades de compreensão e/ou desconforto em responder aos questionamentos. Para minimizar os riscos as informações obtidas serão mantidas em sigilo e no anonimato para preservação da privacidade e da confidencialidade dos dados dos participantes, considerando os direitos e obrigações relativos à

propriedade à propriedade industrial (Lei no 9.279/1996) e em cumprimento ao §1º do art. 13 e artigo 11, Resolução CNS no 446/2011; item X.1, 3, a, Resolução CNS no 466/2012 e item 2.1 da Norma Operacional CNS nº 001/2013. Também, será realizado esclarecimentos a qualquer momento que o participante apresentar dúvidas ou precisar de informações adicionais. Ainda, buscará promover o conforto conforme as necessidades individuais. Por fim, será respeitado as medidas sanitárias vigentes na ocasião do contato com o participante, primando pela proteção do participante e pesquisador.

Benefícios:

Na academia, poderá nortear as discussões referentes à realidade da assistência à criança no município, bem como refletir sobre a prática e o processo de ensino aprendizagem relacionado a este grupo prioritário. Também, vislumbra contribuir com evidências científicas quanto à assistência à criança conforme a realidade do município, haja vista as desigualdades sociais e regionais, além de baixos recursos financeiros alocados a APS que pode impactar o acesso ao serviço da saúde.

Na área social, poderá proporcionar implementação da prática referente à saúde da criança, trazendo benefícios para família e comunidade com ações conforme a realidade local e subsidiar a gestão para o fortalecimento e efetividade da assistência prestada na rede de atenção a saúde.

Para os profissionais que prestam assistência a criança e família pretende-se contribuir com o conhecimento referente aos atributos presentes em suas áreas de abrangência, a fim de refletirem suas práticas, habilidades e competências para atender as necessidades apresentadas.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 5.731.735

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Adequadamente preenchida e assinada.

TCLE: adequado

Questionário: adequado sob a perspectiva ética.

Carta de anuência da instituição envolvida: anexada a carta do Núcleo de Educação Permanente – NEP
Fundação Municipal de Saúde

Recomendações:

Enviar relatório final via notificação na Plataforma Brasil (on line), após conclusão da pesquisa para evitar pendências com o CEP ou com a PROPESP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto, o parecer deste relator é favorável a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2037216.pdf	20/10/2022 13:05:49		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto2.pdf	20/10/2022 13:02:24	Elaine Cristina Antunes Rinaldi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTeseElaineRinaldi.pdf	20/10/2022 12:44:34	Elaine Cristina Antunes Rinaldi	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	20/10/2022 12:42:51	Elaine Cristina Antunes Rinaldi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/10/2022 12:40:19	Elaine Cristina Antunes Rinaldi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 5.731.735

Não

PONTA GROSSA, 31 de Outubro de 2022

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** prospsecretaria@uepg.br

ANEXO C - INSTRUMENTO - PCATool – BRASIL PARA PACIENTES CRIANÇAS VERSÃO EXTENSA

AFILIAÇÃO COM UM(A) SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A)

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente leva a criança quando ele(a) adoece ou se você precisa de conselhos sobre a saúde dele(a)?

- ☐ Não (Passe para A2)
- ☐ Sim (Siga para A1.1)

A1.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? _____

A1.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional? _____

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece a criança como pessoa?

- ☐ Não (Passe para A3)
- ☐ Sim, o(a) mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A1 (Passe para A3)
- ☐ Sim, um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) diferente do(a) referido(a) no item A1 (Siga para A2.1)

A2.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? _____

A2.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional? _____

A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança?

- ☐ Não (Passe para 'AFILIAÇÃO')
- ☐ Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) nos itens A1 e A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
- ☐ Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A1 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
- ☐ Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
- ☐ Sim, diferente do(s) referido(s) nos itens A1 e A2 (Siga para A3.1)

A3.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? _____

A3.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional? _____

AFILIAÇÃO: Identificando o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) de referência para os cuidados em saúde da criança, que será o objeto no seguimento da entrevista e, conseqüentemente, o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) avaliado(a).

Se o(a) entrevistado(a) **indicou o(a) mesmo(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) nos três itens da afiliação**, este(a) deve ser o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde da criança. Continue a entrevista sobre este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) **(Passe para A5)**

Se o(a) entrevistado(a) respondeu **quaisquer dois itens da afiliação iguais**, este(a) serviço ou profissional de saúde igualmente identificado(a) em dois itens deve ser a referência para os cuidados de saúde da criança. Continue a entrevista sobre este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) **(Passe para A5)**.

Se as respostas para os **três itens da afiliação foram todas diferentes**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde da criança deve ser aquele(a) indicado(a) no item A1. Continue a entrevista sobre o(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A1 **(Passe para A5)**.

Se o(a) entrevistado(a) **respondeu NÃO para dois itens da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência dos cuidados de saúde da criança deve ser aquele(a) indicado(a) no **único item em que a resposta foi SIM**. Continue a entrevista sobre o(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no único item em que a resposta foi SIM **(Passe para A5)**.

Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO para o item A1 da afiliação e indicou serviços de saúde ou médicos(as) ou enfermeiros(as) diferentes para os itens A2 e A3 da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde da criança deve ser aquele(a) indicado(a) no item A3. Continue a entrevista sobre o(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A3 **(Passe para A5)**

Se o(a) entrevistado(a) **respondeu NÃO para todos os três itens da afiliação**, o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde da criança deve ser aquele(a) em que/com o(a) qual a criança esteve em seu último atendimento médico ou com enfermeiro(a). Continue a entrevista sobre este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) do último atendimento da criança **(Siga para A4)**

A4. Qual o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) da criança? _____

A4.1 Qual o endereço do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) da criança? _____

A5. Escreva o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) identificado(a) como a referência para os cuidados de saúde da criança, e esclareça ao(à) entrevistado(a) que a partir de agora, todas as perguntas serão sobre este(a) serviço ou profissional de saúde _____

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
B1. Quando a criança precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B2. Quando a criança tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B3. Quando a criança precisa consultar com um(a) especialista, o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” obrigatoriamente deve encaminhar a criança?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO -ACESSIBILIDADE					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
C1. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e a criança adoece, alguém deste serviço de saúde atende a criança no mesmo dia?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C2. Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta para a criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C3. É fácil marcar uma consulta de revisão para a criança (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C4. Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que a criança consulte com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C5. É difícil para você conseguir atendimento médico para a criança no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C6. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat skype, hangout, e-mail) se precisar?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

LONGITUDINALIDADE					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende a criança todas às vezes?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D2. Se você tiver uma pergunta pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

enfermeiro(a) que melhor conhece a criança?					
D3. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde as suas perguntas de maneira que você entenda?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas com a saúde da criança?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas sobre a saúde da criança ao(à) médico(a)/enfermeiro(a)?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a criança mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D8. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a história clínica (história médica) completa da criança?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que a criança está tomando?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D10. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D11. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a família da criança bastante bem?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D12. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a família da criança?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D13. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre o trabalho ou o emprego dos familiares da criança?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D14. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que a criança precisa?	☐	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS					
E1. A criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	☐ SIM	☐ NÃO (Passe para F1)		☐ NÃO SEI/NÃO LEMBRO (Passe para F1)	
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que a criança fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que a criança fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?					
E5. Depois que a criança foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que a criança recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se a criança foi bem ou mal atendida)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
F1. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultado de exames de laboratório)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F2. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o prontuário (história clínica) da criança está sempre disponível na consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário da criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEL					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
G1. Vacinas (imunizações)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G2. Verificar se a família da criança pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G3. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G4. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G5. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G6. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G7. Sutura de um corte que necessite de pontos	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G8. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G9. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADO					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H3. Mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança, o que você deve esperar para cada idade (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H4. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H5. Maneiras para manter a criança segura (ex.: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9