



## Atributos da atenção primária nas internações de crianças: Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade

Primary care features in child hospitalization: First-contact access and Longitudinality

Jessica Lima Benevides<sup>1</sup>, Fabiane do Amaral Gubert<sup>1</sup>, Marcela Ariadne Braga Gomes Tomé<sup>1</sup>, Patricia Freire de Vasconcelos<sup>2</sup>, Regina Cláudia Melo Dodt<sup>1</sup>, Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro<sup>1</sup>

**Objetivo:** identificar os atributos da atenção primária à saúde Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade em crianças hospitalizadas. **Métodos:** estudo transversal, realizado em dois hospitais, com 120 crianças menores de cinco anos de idade internadas por condições sensíveis à atenção primária em saúde. Coleta de dados realizada utilizando o *Primary Care Assessment Tool*. **Resultados:** o grau de afiliação obteve melhor escore (aproximadamente 8,0), sendo o único entre todos os componentes do instrumento avaliado de forma satisfatória ( $\geq 6,6$ ). A Longitudinalidade ( $>4,0$ ) apresentou menor escore em comparação ao Acesso de primeiro contato (5,6). Segundo os pais, o enfermeiro foi o profissional que mais realizou o acompanhamento na Puericultura. **Conclusão:** os resultados apontam fragilidades nos serviços e insatisfação dos cuidadores, evidenciados pela baixa orientação aos princípios da Atenção Primária à Saúde.

**Descritores:** Cuidado da Criança; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

**Objective:** to identify two features of primary health care, namely First-contact access and Longitudinality in hospitalized children. **Methods:** cross-sectional study carried out in two hospitals with 120 children under five years of age hospitalized due to sensitive conditions of primary health care. Data collection performed using the Primary Care Assessment Tool. **Results:** the degree of affiliation obtained a better score (approximately 8.0), being the only one among all components of the instrument satisfactorily evaluated ( $\geq 6.6$ ). Longitudinality ( $>4.0$ ) had a lower score than first-contact access (5.6). According to the parents, the nurse was the professional who had most performed the follow-up in childcare. **Conclusion:** the results point to weaknesses in services and caregivers' dissatisfaction, evidenced by the poor following to the Primary Health Care principles.

**Descriptors:** Child Care; Primary Health Care; Nursing.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

Autor correspondente: Jéssica Lima Benevides

Av. Luciano Carneiro, 2585. Bl. C, Apt. 102. Vila União, CEP: 60410-691. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: jessicalbenevides@yahoo.com.br

## Introdução

Diante da evidente limitação do sistema de saúde hierarquizado no país, atualmente há a tendência em estruturar o modelo de atenção à saúde a partir do sistema de Redes de Atenção à Saúde, o qual se trata de uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira<sup>(1-2)</sup>.

Nas Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Primária à Saúde exerce papel de destaque ao coordenar e orientar a assistência à saúde, assim como seus atributos, os quais podem ser verificados por meio de instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde, tais como o Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool). Neste estudo foram aprofundados os atributos Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade, entendendo-se o primeiro como a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou episódio de um problema; e o segundo pressupõe a existência de uma forma regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Entende-se que esses atributos permitem compreender a Rede de Atenção à Saúde e como ela se apresenta em cada etapa do ciclo vital<sup>(3)</sup>.

Na infância, os agravos mais prevalentes entre crianças de zero e cinco anos são as pneumonias e diarreias, as quais continuam sendo as principais causas de morte em crianças<sup>(4)</sup>. Cabe destacar que essas doenças têm sido associadas a baixos níveis socioeconômicos e estão estreitamente ligados a fatores como ambientes domésticos pobres, desnutrição e falta de acesso a serviços essenciais<sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, para avaliar o desempenho da rede são utilizados indicadores de saúde que identificam características de difícil verificação direta, tais como as internações por condições sensíveis à atenção primária<sup>(6)</sup>. Assim, altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços ou aos atributos da Atenção Primária à Saúde e/ou à baixa

resolutividade da Rede de Atenção à Saúde para determinados problemas de saúde.

Na Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro tem como uma de suas atribuições a realização de consultas de Puericultura, avaliando as condições de saúde e propondo planos de cuidados para as crianças e suas famílias, assim como avaliar a assistência em saúde da criança<sup>(7)</sup>.

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi identificar os atributos da atenção primária à saúde Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade em crianças hospitalizadas.

## Métodos

Estudo transversal, realizado em dois hospitais pediátricos, sendo um de atenção secundária e outro de atenção terciária, em uma capital do Nordeste brasileiro. A população foi composta por crianças entre zero e cinco anos, de ambos os sexos, internadas nos hospitais, com diagnóstico de diarreia, pneumonia ou asma<sup>(8)</sup>.

A amostra foi de 120 crianças. O cálculo do tamanho amostral foi realizado mediante fórmula empregada em estudos transversais para populações finitas. Fixou-se intervalo de confiança de 95% e erro amostral relativo de 8%.

Realizou-se amostragem não probabilística por conveniência (consecutiva). A entrevista aconteceu em local privativo, com o principal cuidador da criança internada, e a coleta de dados foi realizada utilizando o *Primary Care Assessment Tool-Brasil* (PCATool-Brasil), elaborado e validado no Brasil<sup>(3)</sup>, que afere a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde em serviços de atenção à saúde infantil e o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde.

O PCATool-Brasil versão Criança conta com 55 itens. Destaca-se que neste estudo foram utilizados apenas os dois primeiros atributos (Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade), os quais correspondem a 28 itens. Destaca-se que o atributo Acesso de

Primeiro Contato subdivide-se em três componentes: Grau de Afiliação, Utilização e Acessibilidade. Para aplicação do instrumento foi perguntado ao cuidador principal o tipo de serviço preferencial para atendimento à saúde da criança.

Também foram coletados dados sobre as características sociodemográficas e econômicas da família (idade da criança e da mãe, número de pessoas no domicílio, renda da família, escolaridade do cuidador) e acerca do comparecimento às consultas de puericultura na Atenção Primária à Saúde.

As respostas do instrumento são do tipo *Likert* e para cada alternativa confere-se uma pontuação (4, 3, 2, 1 e 0, respectivamente) cuja somatória é transformada em escore mediante cálculos estatísticos definidos no manual do PCATool<sup>(3)</sup>, os quais, quando convertidos para uma escala de 0 a 10, são considerados satisfatórios para a Atenção Primária ao apresentarem escores maiores ou iguais a 6,6<sup>(9)</sup>.

O processamento e análise dos dados foram realizados mediante questionário *online* por meio da ferramenta Google Drive<sup>e</sup> e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20. Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreu-se à análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo.

Para avaliar se houve ou não diferenças nas médias das variáveis sociodemográficas, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, o qual se trata de um teste não paramétrico que avalia se existe diferença estatística significativa entre as médias das categorias do grupo de um dado fenômeno em estudo. Os grupos aqui são cada variável sociodemográfica e as categorias, as possíveis opções de resposta.

Para concluir que houve significância, considera-se o nível de 10,0%; isto indica que se o p-valor for menor que 0,10, então pode-se evidenciar que existe diferença entre as médias comparadas; se for maior que 0,10, então as categorias do grupo produzem estatisticamente a mesma média.

O presente estudo teve aprovação do Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob parecer nº 1.292.581.

## Resultados

A faixa etária dos cuidadores variou entre 14 e 23 anos, dos quais 46 (38,3%) eram as mães. Em relação à escolaridade, 72 (70,0%) concluíram o ensino fundamental, 85 (70,8%) são casados ou mantêm união estável e 70 (58,3%) têm como ocupação o lar. Observou-se maior prevalência das famílias compostas por 2 a 4 membros, 68 (56,7%) possuíam benefício do programa social do governo federal, o Bolsa Família; 75 (62,5%) com renda familiar de apenas um salário mínimo; e 62 (51,7%) das residências possuem de 3 a 5 cômodos.

Quando verificados os escores médios dos atributos da Atenção Primária à Saúde, verificou-se que o atributo Longitudinalidade (>4,0) apresentou menor escore em comparação ao Acesso de primeiro contato (5,6). Ao desmembrar o atributo Acesso de primeiro contato, têm-se os três primeiros componentes ponderados no instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde chamados de Grau de Afiliação (A), Utilização (B) e Acessibilidade (C). O grau de afiliação obteve melhor escore (aproximadamente 8,0), sendo o único entre todos os componentes do instrumento avaliado de forma satisfatória ( $\geq 6,6$ ). Os demais atributos apresentaram escores de aproximadamente 6,0 e 3,0, respectivamente, como escore médio, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** – Escore médio dos atributos por meio da escala métrica de 0 a 10

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Mínimo	Máximo	Média	IC 95% da Média
Afiliação (A)	0,00	10,00	7,97	(7,42; 8,53)
Utilização (B)	0,00	10,00	5,74	(5,18; 6,31)
Acessibilidade (C)	0,00	8,33	3,09	(2,7; 3,48)
Acesso de primeiro contato (A, B, C)*	0,56	8,89	5,60	(5,26; 5,94)
Longitudinalidade (D)*	0,24	10,00	4,39	(4,02; 4,77)
Média Global	0,83	8,75	5,30	(4,99; 5,61)

\*Teste de Wilcoxon,  $p < 0,001$ ; IC=Intervalo de Confiança

Na Tabela 2, verifica-se que ao associar os atributos à variável idade (mães/cuidadores) há associação entre Longitudinalidade (D) e a idade da mãe/cuidador ( $p=0,077$ ). Já no que se refere à escolaridade, obteve-se associação entre o componente Grau de Afiliação (A) do atributo de Acesso de primeiro contato e o ensino médio ( $p=0,023$ ) e entre o atributo Longitudinalidade (D) e o ensino fundamental ( $p=0,065$ ).

Acrescenta-se associação com o componente Utilização (B) do atributo Acesso de primeiro contato e o número de moradores da residência, assim como entre o componente Acessibilidade (C) e o recebimento de benefício Bolsa Família.

**Tabela 2** – Comparação dos componentes A (Grau de Afiliação), B (Utilização), C (Acessibilidade) e D (Longitudinalidade) e cada variável sociodemográfica da mãe/cuidador

Indicador/Categoria	A	B	C	D
Idade cuidador				
14 - 23	7,97	5,63	3,20	4,47
24 - 28	7,92	6,22	3,42	5,03
29+	8,02	5,50	2,72	3,83
P-valor	0,930	0,466	0,331	0,077
Escolaridade				
Fundamental	7,50	6,03	3,29	4,73
Médio	8,68	5,30	2,80	3,90
P-valor	0,023	0,139	0,218	0,065
Estado civil				
Casada/ União consensual	7,96	5,76	3,01	4,47
Solteira /Divorciada/Viúva	8,00	5,68	3,29	4,22
P-valor	0,849	0,937	0,529	0,358
Ocupação				
Do lar	7,71	5,75	3,10	4,46
Emprego formal ou informal	8,50	5,86	2,89	4,14
Estudante	7,92	4,86	3,40	4,43
P-valor	0,412	0,593	0,615	0,868
Bolsa família				
Não	7,93	5,26	2,62	4,09
Sim	8,00	6,03	3,38	4,58
P-valor	0,789	0,193	0,067	0,304
Renda familiar (salário mínimo)*				
< 1	8,21	6,45	2,67	4,40
1	8,39	5,93	3,28	4,57
Pelo menos dois	6,98	4,79	3,07	4,05
P-valor	0,135	0,106	0,538	0,558

\*Valor do salário mínimo no período do estudo: R\$ 880,00

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, notou-se associação entre a variável idade (criança) e Longitudinalidade (D) ( $p=0,043$ ). Acerca do aleitamento materno exclusivo, houve associação entre o atributo Longitudinalidade (D) e amamentar até os dois e quatro meses ( $p=0,072$ ); componente Utilização (B) do atributo de Acesso de primeiro contato e a frequência nas consultas de Puericultura ( $p=0,020$ ), conforme Tabela 3.

**Tabela 3** – Comparação dos componentes A (Grau de Afiliação), B (Utilização), C (Acessibilidade) e D (Longitudinalidade) e as variáveis relacionadas à saúde da criança

Indicador/Categoria	A	B	C	D
Idade da criança (meses)				
3 - 13	7,95	5,98	2,89	4,42
14 - 25	7,97	6,04	3,33	4,97
26+	8,00	5,19	3,04	3,78
P-valor	0,909	0,408	0,587	0,043
Amamentou exclusivamente (meses)				
Até 1	6,67	5,82	2,75	3,56
2 a 4	8,38	6,30	3,23	4,82
Até 6	8,17	5,35	3,12	4,41
P-valor	0,186	0,328	0,676	0,072
Frequenta a Puericultura				
Não	7,47	5,09	2,79	4,17
Sim	8,51	6,44	3,42	4,63
P-valor	0,150	0,020	0,118	0,270
Frequentou Puericultura até que idade(meses)?				
0 a 6	7,64	5,09	2,73	3,53
7 a 12	7,50	5,63	2,81	4,18
13 a 36	8,48	4,04	2,12	4,46
P-valor	0,739	0,329	0,552	0,243
Quem realizava as consultas				
Enfermeiro(a) apenas	7,64	5,93	3,14	4,54
Enfermeiro(a) e Médico(a)	8,57	5,78	3,08	4,54
Médico(a) apenas	8,55	5,65	3,04	3,69
Não se aplica	6,67	5,16	3,06	4,68
P-valor	0,121	0,961	0,926	0,209
Diagnóstico da internação atual				
Asma/Pneumonia	7,62	5,39	3,15	4,32
Diarreia	8,85	6,48	2,78	4,66
P-valor	0,116	0,119	0,438	0,354

## Discussão

O estudo apresentou como limitação preponderante a perda considerável de candidatos elegíveis por não fazerem seguimento em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Entretanto, esses resultados são relevantes para prática assistencial do enfermeiro contribuindo para um olhar macro que favoreça o atendimento longitudinal, como a relevância do contato constante com os usuários, a eficácia nas ações viabilizada pelo trabalho em equipe, a resolutividade dos problemas potencializada em decorrência da assistência integral, assim como os benefícios de atividades em grupo para prevenir agravos, promover e recuperar a saúde.

Observou-se que muitas mãe/cuidadoras referiam levar a criança às Unidades de Pronto Atendimento quando dos primeiros sintomas de mudanças no quadro de saúde, além de não realizarem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em consultas de Puericultura. Tal fato pode ser associado às Redes de Atenção às Urgências e Emergências, as quais contam com as Unidades de Pronto Atendimento como um de seus componentes<sup>(10)</sup>. Apesar da referida limitação, este estudo pôde constatar fragilidades importantes nos serviços e insatisfação dos cuidadores, apontando necessidades de melhorias dos atributos ofertados. Conforme constatado em estudos anteriores<sup>(10-11)</sup>, o conhecimento dos aspectos que envolvem os atributos da Atenção Primária à Saúde e sua oferta para os cuidados da criança são de extrema importância, pois possuem potencial para fornecer subsídios aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde.

No estudo, observou-se um predomínio de mães jovens<sup>(12)</sup>, evidenciando que estas possuem, muitas vezes, menos experiência para lidar com alguns problemas de saúde da criança, o que pode levar à internação. Assim, ao reconhecer essas fragilidades, o enfermeiro pode orientar um cuidado mais adequado desde o pré-natal.

Além disso, constatou-se maior pontuação para o componente Grau de Afiliação entre aqueles que cursaram o ensino médio, o que reforça que a escolaridade e renda mais baixas aumentam a probabilidade de não ter acesso a cuidados primários<sup>(12)</sup>. Verifica-se situação oposta no atributo Longitudinalidade, uma vez que tiveram melhor desempenho os participantes que possuíam o ensino fundamental. Essa situação pode estar relacionada ao fato de que esses usuários utilizam mais a Atenção Primária à Saúde como fonte orientadora de cuidado do que aqueles que possuem ensino médio, pois muitas vezes possuem plano de saúde privado<sup>(13)</sup>.

A maioria das famílias participantes recebia rendimentos do Programa Bolsa Família, somado a isso verificou-se associação desse benefício com o componente Acessibilidade. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa<sup>(14)</sup>, a qual aponta que o ingresso no Programa proporciona maior frequência de acesso aos sistemas de saúde e de educação pelo cumprimento das condicionalidades, em função do risco de suspensão ou cancelamento do benefício.

A respeito dos diagnósticos mais prevalentes no estudo, despontaram os casos de pneumonia, compondo mais de 70,0% da amostra. A incidência de pneumonia entre crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento é cinco vezes maior que em países desenvolvidos<sup>(15)</sup>.

Neste estudo, as crianças encontravam-se na faixa etária de 14 a 25 meses, nascidas a termo, concordando com o encontrado em outra pesquisa (12 a 24 meses)<sup>(12)</sup>. Esse fato pode ser considerado positivo em relação ao contexto de estudo, visto que quando crianças menores de 12 meses acessam com frequência os serviços hospitalares significa que a atenção à gestante e ao pré-natal e puericultura apresentam graves deficiências.

Apesar das mães do estudo terem referido que conseguiram manter o aleitamento até seis meses de vida do bebê, sendo este reconhecido como redutor da taxa de internação hospitalar<sup>(16)</sup>, notou-se associação entre o atributo Longitudinalidade e o período

de Aleitamento Materno Exclusivo entre dois e quatro meses, coincidindo com o período em que muitas mulheres retornam ao trabalho. Esse momento pode suscitar nas mães uma maior procura aos serviços de saúde, com intuito de organizarem, antes do seu retorno ao trabalho, um bom atendimento de saúde para os seus bebês.

Sobre o acompanhamento de rotina das crianças pelas consultas de Puericultura, verificou-se que quase a metade ainda frequentava o atendimento. Estudo realizado no Sul do país, com o objetivo de analisar as mortes infantis após alta da maternidade, encontrou que o acompanhamento após a alta ocorreu para a maior parte das crianças, predominantemente nos serviços de saúde públicos. Entretanto, essa realidade não beneficiou a totalidade, o que evidencia uma lacuna na assistência<sup>(17)</sup>.

No que concerne aos profissionais que realizavam a puericultura, ficou evidente que a maioria contava apenas com o enfermeiro, seguido do acompanhamento conjunto com o médico. Achado que pode ser explicado pela posição do enfermeiro perante a comunidade de profissional educador e assistencial, que atua compartilhando conhecimentos com a população diante das diversas situações encontradas no atendimento a essa faixa etária.

Logo, sendo a Enfermagem uma profissão que possui uma dimensão educacional para a promoção do autocuidado em saúde e que luta para garantir que as políticas de saúde e os programas assistenciais à saúde da criança sejam executados durante a puericultura. Por outro lado, estudo realizado no município de Maringá, o qual objetivou conhecer as percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura no contexto da atenção à saúde infantil, mostrou que os familiares tinham preferência pelo atendimento realizado pelo médico pediatra<sup>(18)</sup>.

O acesso de primeiro contato remete ao papel da Atenção Primária à Saúde como a “porta de entrada” no sistema. Quando de fato essa função se consolida há uma redução no número de consultas por um

mesmo problema, menor necessidade de idas a serviços de urgência/emergência e menor número de hospitalizações, resultando em redução dos custos e cuidados mais adequados<sup>(3,6)</sup>.

Assim como o atributo Acesso de primeiro contato, seus componentes de processo – Utilização (5,74) e de estrutura – Acessibilidade (3,09) também não obtiveram escore satisfatório. O componente de estrutura Grau de Afiliação foi o único que obteve escore satisfatório, 7,96. Tal componente refere-se à identificação e à utilização de um serviço de Atenção Primária à Saúde como a fonte regular de cuidado e espelha o quanto o paciente se sente pertencente ao serviço. Sendo assim, a princípio, é fundamental que haja disponibilidade do serviço e que esteja de acordo com as necessidades da população<sup>(3)</sup>.

Apesar de não incluído em boa parte dos estudos que abordam os atributos da Atenção Primária à Saúde, manteve-se neste estudo a investigação do Grau de Afiliação, pois se observou distintos padrões de utilização de serviços de saúde pela população adstrita à Estratégia de Saúde da Família, os quais também incluem parcela de usuários cadastrados que também são afiliados ao sistema privado.

A utilização do serviço depende da atitude ativa do usuário, entretanto é fortemente influenciada pelas características dos serviços. Isso implica em reconhecer que tanto o médico quanto o serviço de saúde utilizado pela criança são os primeiros a serem procurados mediante uma necessidade, um dos pressupostos da organização em rede do sistema de saúde, a qual tem a Atenção Primária à Saúde como sua integradora e ordenadora<sup>(19)</sup>.

Acessibilidade é o que facilita ou o que impede que as pessoas sejam atendidas<sup>(3)</sup> e, portanto, compreende tanto um componente geográfico como um componente socio-organizacional. No que se refere a esse componente de estrutura, o estudo revelou o mais baixo escore (3,09), enquanto o componente Utilização foi melhor avaliado, conforme citado anteriormente. Achado um tanto paradoxal, uma vez que o paciente

deve primeiro reconhecer o serviço como acessível para então efetuar a sua utilização, demonstrando que as disponibilidades dos serviços não atendem às expectativas da população<sup>(3,20)</sup>.

Por fim, o atributo Longitudinalidade recebeu baixa avaliação entre os usuários, atingindo escore de 4,39, representando uma baixa orientação à Atenção Primária à Saúde nesse quesito, corroborando com evidência científica existente<sup>(20)</sup>, que em estudo semelhante obteve escore de 4,93 para esse atributo. Além disso, esse atributo permite a produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos, com redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e para realização de procedimentos de maior complexidade<sup>(3,14)</sup>.

Por fim, é importante considerar que um resultado positivo para o atributo Longitudinalidade só será possível se o gestor de saúde priorizar em seu escopo esses serviços e ações, na medida em que envolvem questões como a oferta adequada de serviços de Atenção Primária à Saúde e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde<sup>(14)</sup>.

## Conclusão

Sob a ótica das mães/cuidadores, os serviços de atenção primária de modo geral apresentaram baixa orientação aos princípios da Atenção Primária à Saúde, uma vez que os escores referentes ao atributo Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade não atingiram o corte de 6,6, obtendo escores insatisfatórios quanto à presença e à extensão dos atributos estudados. Aspecto que aponta fragilidades nos serviços e insatisfação cuidadores.

## Colaborações

Benevides JL, Gubert FA e Tomé MABG contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica re-

levante do conteúdo intelectual. Vasconcelos PF, Dodt RCM e Pinheiro SRCS contribuíram na análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(Suppl2):e00118816. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>
2. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulgação em saúde para debate* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr 16]. Disponível em: <http://www.fcap.adm.br/wp-content/uploads/2014/07/Seminario-Divulgacao-em-Saude-52-Redes.pdf#page=40>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool Pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. World Health Organization. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: the integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Geneva: WHO; 2013.
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS - Base de dados do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Ministério da Saúde(BR). Portaria n.221, 17 de abril 2008: publica em forma de anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(12):4851-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-12320141912.00572014>

8. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1):45-56. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>
9. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):256-63. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)823)
10. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev Rene [Internet]*. 2012 [citado 2018 abr. 13]; 13(2):332-42. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3922/3113>
11. Olivira VBFC, Veríssimo MLR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):30-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>
12. Pina JC, Moraes AS, Freitas ICM, Mello DF. Role of Primary Health Care in child hospitalization due to pneumonia: a case-control study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017; 25:e2892. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1731.2892>
13. Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *Ann Fam Med*. 2012; 10(1):34-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1314>
14. Rocha SF, Soares JL, Reis JGA, Cardoso J. Análise da qualidade de vida dos beneficiários do programa bolsa família na cidade de Porto Velho. *Rev Pesq Criação [Internet]*. 2011 [citado 2018 abr. 23]; 10(2):59-73. Disponível em: <http://www.periodicos.unir.br/index.php/propesq/article/viewFile/412/454>
15. Rudan I, O'Brien KL, Nair H, Liu L, Theodoratou E, Qazi S, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. *J Glob Health*. 2013; 3(1):010401. doi:10.7189/jogh.03.010401
16. Hatusuka MFB, Arruda GO, Fernandes CAM, Marcon SS. Tendency analysis of admission rates for bacterial pneumonia in children and adolescents. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(4):294-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500051>
17. Santos EP, Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Cardelli AAM, Godoy CB, Genovesi FF. Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3):390-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400003>
18. Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Perceptions of the family members of children regarding well-child check-ups in the family healthcare strategy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(1):62-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.46907>
19. Pina JC, Moraes SA, Furtado MCC, Mello DF. Presence and extent of the primary health care attributes among children hospitalized for pneumonia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(3):512-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0502.2582>
20. Ferrer APS, Grisi SJFE. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. *Rev Assoc Med Bras*. 2016; 62(6):513-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.513>