



**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - A ÓTICA DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS**  
**FAMILY HEALTH STRATEGY - THE POINT OF VIEW OF CHILDREN'S CAREGIVERS**  
**ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA - LA ÓPTICA DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS**

*Adriano Trigolo Pahim<sup>1</sup>, Maria Fernanda Pereira Gomes<sup>2</sup>, Lislaine Aparecida Fraccolli<sup>3</sup>*

**RESUMO**

**Objetivo:** avaliar sob a ótica dos cuidadores de crianças menores de dois anos e usuários adultos se os atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde estavam presentes e como estavam sendo operacionalizados na Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em três municípios da região de Presidente Prudente, Estado de São Paulo, Brasil. Utilizou-se o instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) na versão criança e adulto, em que 176 cuidadores de crianças menores de dois anos e 181 adultos usuários participaram da pesquisa. **Resultados:** os atributos da atenção primária à saúde estavam presentes na Estratégia Saúde da Família da região; porém, alguns atributos como Coordenação - Integração de Cuidados, Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade e Orientação Familiar precisavam melhorar sua operacionalização. **Conclusão:** os atributos da atenção primária à saúde devem estar adequadamente incorporados à prática dos profissionais da saúde por meio da capacitação e valorização das ações que caracterizam a Estratégia Saúde da Família como modelo com foco na família. **Descritores:** Avaliação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Saúde da Criança; Saúde do Adulto.

**ABSTRACT**

**Objective:** to assess whether the essential attributes and derivatives of primary health care were present and how they were being implemented in the Family Health Strategy from the point of view of caregivers of children under two years of age and adult users. **Method:** quantitative, descriptive and cross-sectional study conducted in three municipalities of the region of Presidente Prudente, State of São Paulo, Brazil. We used the child and adult versions of the Primary Care Assessment Tool (PCATool), and 176 caregivers of children under two years of age and 181 adult users participated in the research. **Results:** the attributes of primary health care were present in the Family Health Strategy in the region; however, some attributes, such as healthcare coordination-integration, access to initial contact-accessibility, and family guidance needed to have their implementation improved. **Conclusion:** the attributes of primary health care should be properly incorporated into the practice of health professionals through training and actions that characterize the Family Health Strategy as a model with a focus on the family. **Descriptops:** Health Assessment; Family Health Strategy; Primary Health Care; Public Health; Child Health; Adult Health.

**RESUMEN**

**Objetivo:** evaluar bajo la óptica de los cuidadores de niños menores de dos años y adultos usuarios si los atributos esenciales y derivados de la atención primaria de salud estaban presentes y cómo estaban siendo puestos en marcha en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en tres municipios de la región de Presidente Prudente, Estado de São Paulo, Brasil. Se usaron las versiones niño y adulto del Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool) y 176 cuidadores de niños menores de dos años y 181 adultos participaron en la investigación. **Resultados:** los atributos de la atención primaria de salud estaban presentes en la Estrategia Salud de la Familia en la región; sin embargo, algunos atributos tales como coordinación-integración de los cuidados, acceso a primer contacto-accesibilidad y asesoramiento familiar necesitaban mejorar su puesta en marcha. **Conclusión:** los atributos de la atención primaria de salud deben ser debidamente incorporados a la práctica de profesionales de la salud a través de capacitación y desarrollo de acciones que caracterizan la Estrategia Salud de la Familia como un modelo con enfoque en la familia. **Descriptores:** Evaluación De La Salud; Estrategia Salud de la Familia; Atención Primaria de Salud; Salud Pública; Salud Del Niño; Salud del Adulto.

<sup>1</sup>Graduando em Enfermagem, Universidade Paulista/UNIP. Assis (SP), Brasil. E-mail: [adrianotpahim@hotmail.com](mailto:adrianotpahim@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2293-0025>; <sup>2</sup>Doutora, Universidade Paulista/UNIP. Assis (SP), Brasil. E-mail: [m.fernanda\\_pgomes@hotmail.com](mailto:m.fernanda_pgomes@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0577-2264>; <sup>3</sup>Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [lislaine@usp.br](mailto:lislaine@usp.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0936-4877>

## INTRODUÇÃO

As ações de saúde no Brasil nem sempre atenderam às demandas da população, passaram por diversos momentos e transições sendo modeladas de acordo com o regimento político e socioeconômico ao longo do tempo. Outra observação importante é que a fragilidade da saúde em alguns pontos históricos fica mais evidente e atrelada ao fato da acessibilidade ser estendida apenas às classes elitizadas e grupos privilegiados. As prioridades governamentais eram definidas de acordo com as necessidades políticas e econômicas.<sup>1</sup> A crise previdenciária e movimentos da massa populacional foram fatores determinantes para a remodelagem dos sistemas de saúde que foram implantados até que se chegasse ao atual sistema.<sup>2</sup>

Um marco importante para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978. Esta conferência defendia que as ações e políticas de saúde deviam levar em consideração os principais problemas de saúde da comunidade, disponibilizando serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação.<sup>3</sup>

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve mudanças em todos os setores do país, inclusive na saúde. Descreve em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.<sup>4</sup> Sequencialmente a formulação da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, exprime a importância da promoção, prevenção e proteção à saúde. Esse novo texto, a partir da criação do SUS, contextualiza que saúde não é apenas estar livre de doenças, mas deve ser interpretada pelo bem-estar entre o meio e o indivíduo em todas as situações vitais.<sup>5</sup>

À medida que a reorganização do sistema de saúde evoluiu, foram criadas políticas inovadoras e implementadoras que buscavam ampliar e fortalecer a acessibilidade e a participação social no âmbito da saúde. Buscavam também adaptar os cuidados de saúde à evolução das pessoas e suas transformações no modo de vida, na cultura e nas condições socioeconômicas.<sup>1</sup>

A Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente conhecida como Programa Saúde da Família, foi uma das propostas brasileiras para consolidação da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. Ela busca descentralizar, regionalizar, reorganizar e fortalecer os cuidados primários, a fim de reorientar as práticas de saúde com foco na família e comunidade visando necessidades e

também conhecendo suas vulnerabilidades.<sup>6</sup> A ESF tem como aparato legal a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que define a ESF como estratégia prioritária para reorganização da APS no Brasil e reafirma sua função como ordenadora das redes de atenção à saúde.<sup>7</sup>

Nesta perspectiva, pensando na grande relevância da APS no mundo, a pesquisadora Starfield define quatro atributos essenciais e três atributos derivados que, segundo a autora, devem estar presentes na operacionalização da APS, para que este nível de atenção à saúde seja considerado resolutivo e de qualidade. Para tanto, os atributos essenciais englobam:<sup>8</sup>

- **Acesso de primeiro contato:** confere o acesso desde a primeira vez que o sujeito necessite do serviço e sempre que necessitar retornar ao mesmo.

- **Longitudinalidade:** pressupõe que o usuário tenha a garantia dos serviços prestados ao longo do tempo de maneira contínua.

- **Integralidade:** oferece à população serviços que devem estar disponíveis para suprir as necessidades de saúde da população de forma integral.

- **Coordenação:** gerenciamento da integralidade do cuidado entre todos os serviços assegurando a sua continuidade.

E os atributos derivados englobam:<sup>8</sup>

- **Orientação familiar:** identificar no contexto familiar as necessidades de saúde e potenciais de cura e doença levando em consideração a dinâmica familiar.

- **Orientação comunitária:** resulta do diagnóstico das necessidades de saúde da população e das vulnerabilidades presentes em cada grupo a partir das relações entre comunidade e serviço de saúde.

- **Competência cultural:** a partir do elo formado, a equipe se ajusta às características culturais da população para facilitar o entendimento e o fluir da comunicação.

O presente estudo se justifica pela relevância que a APS tem no Brasil e pela importância de investigar e avaliar sua operacionalização em diversos cenários brasileiros. Nesta perspectiva, optou-se por avaliar a ESF, estratégia ímpar que há 23 anos vem colaborando para a ampliação da saúde coletiva. A ESF, inovação tecnológica em saúde, trouxe muitos resultados positivos como diminuição da mortalidade infantil, ampliação da distribuição de medicamentos, aumento do número de exames como colpocitologia oncótica, aumento do número

de gestantes acompanhadas no pré-natal e declínio dos indicadores de internações por acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva na população acima de 40 anos.<sup>8</sup>

## OBJETIVO

- Avaliar sob a ótica dos cuidadores de crianças menores de dois anos e usuários adultos se os atributos essenciais e derivados da APS estão presentes e como estão sendo operacionalizados na ESF.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, que busca esclarecer os atributos essenciais e derivados da APS e contribuir para o campo da avaliação em saúde com ênfase na ESF da região de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, Brasil.

O presente estudo foi realizado em três municípios de pequeno porte da região mencionada, sendo eles: Junqueirópolis, com 19.918 habitantes e oito equipes de ESF; Mirante do Paranapanema, com 17.901 habitantes e sete equipes de ESF; e Presidente Epitácio, com 43.348 habitantes e oito equipes de ESF.<sup>10</sup>

Para avaliar a ESF nos três municípios foi utilizado o instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) na versão criança e adulto validada no Brasil. O PCATool foi elaborado por Starfield e permite avaliar os atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção; e os atributos derivados: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); e orientação comunitária. Para Starfield, os atributos essenciais e derivados devem estar presentes para que a APS seja considerada efetiva.<sup>8</sup>

Participaram da pesquisa 176 adultos cuidadores de crianças menores de dois anos que responderam a versão criança do PCATool e 181 adultos que responderam a versão adulto do PCATool. Sendo que os critérios de exclusão e inclusão dos participantes foi ter idade igual ou superior a 18 anos, utilizar e morar na área de abrangência da ESF.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com o nº do CAAE: 42499615.9.0000.5392 e aprovada sob o número de parecer de 1.024.138. Foi

solicitada autorização aos secretários municipais de saúde dos municípios de Junqueirópolis, Mirante do Paranapanema e Presidente Epitácio por meio de documento direcionado aos atuantes da gestão 2015, que autorizaram a pesquisa no âmbito da ESF.

A logística da coleta de dados foi direcionada pelo gestor de saúde dos municípios, que previamente forneceu os contatos telefônicos dos enfermeiros da ESF para o planejamento da coleta e para combinar as datas que o pesquisador poderia ir até as unidades para realizar as entrevistas com os usuários (cuidadores de crianças menores de dois anos e usuários adultos). A escolha dos participantes da pesquisa se deu de forma aleatória.

Para os usuários adultos e cuidadores de crianças menores de dois anos que aceitaram participar da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, das quais uma ficou com o participante e a outra com o pesquisador. A coleta de dados foi realizada no espaço físico das unidades de ESF e nos domicílios com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2015.

Posteriormente, os dados coletados foram organizados com a ajuda do programa *Microsoft Excel for Windows*. A análise dos dados teve como base o Manual do Instrumento PCATool do Ministério da Saúde para o cálculo dos escores ou médias dos atributos da APS avaliados. A autora do instrumento de avaliação utilizado considera uma boa média o valor igual ou superior a 6,6.<sup>8</sup>

## RESULTADOS

### ◆ Análise dos atributos essenciais e derivados da APS a partir da perspectiva dos cuidadores de crianças menores de dois anos

Dos 176 participantes que responderam a versão criança do PCATool, 76 (43,18%) eram de Junqueirópolis, 60 (34,09%) de Mirante do Paranapanema e 40 (22,73%) de Presidente Epitácio. As crianças atendidas pela ESF dos municípios tinham uma média de 12 meses de idade, 90 (51,14%) eram do sexo masculino e 82 (46,59%) eram do sexo feminino.

**Tabela 1.** Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os participantes que responderam o PCATool versão criança, Região de Presidente Prudente (SP), Brasil, 2015.

Atributos	Média/Escore	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de Afiliação (A)	9,51	1,42	3,33	10,00
Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B)	8,63	2,01	0,00	10,00
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C)	7,48	1,76	0,00	10,00
Longitudinalidade (D)	7,37	1,67	0,95	10,00
Coordenação - Integração de Cuidados (E)	6,80	3,37	0,00	10,00
Coordenação - Sistema de informações (F)	8,01	1,79	2,22	10,00
Integralidade - Serviços disponíveis (G)	7,92	2,06	0,00	10,00
Integralidade - Serviços Prestados (H)	7,49	2,84	0,00	10,00
Orientação Familiar (I)	6,79	2,82	0,00	10,00
Orientação Comunitária (J)	8,04	2,24	0,00	10,00
<b>Escore Essencial</b>	<b>7,96</b>	<b>1,12</b>	<b>3,04</b>	<b>2,70</b>
<b>Escore Geral</b>	<b>7,84</b>	<b>1,18</b>	<b>9,85</b>	<b>9,88</b>

A Tabela 2 mostra as médias dos indicadores que compõem os atributos: Coordenação - Integração de Cuidados (E) e

Orientação Familiar (I), atributos que receberam os valores mais baixos pelos cuidadores de crianças menores de dois anos.

**Tabela 2.** Escores médios dos indicadores que compõem os atributos de Coordenação - Integração de Cuidados (E) e Orientação Familiar (I) de acordo com os cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas pelas equipes de ESF da região de Presidente Prudente (SP), Brasil, 2015.

Indicadores	Escore
E2	7,84
E3	7,81
E4	6,67
E5	5,62
E6	6,05
I1	6,08
I2	6,93
I3	7,35

Nota: E2 (O [a] “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” sugeriu / indicou [encaminhou] que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?); E3 (O [a] “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?); E4 (O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?); E5 (Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?); E6 (O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado à sua criança no especialista ou serviço especializado?); I1 (O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?); I2 (O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existem na família de sua criança [câncer, alcoolismo, depressão?]); I3 (O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?).

#### ◆ Análise dos atributos essenciais e derivados da APS a partir da perspectiva dos usuários adultos da ESF

Dos 181 usuários adultos que participaram da presente pesquisa, 80 (44,20%) eram de Junqueirópolis, 59 (32,60%) de Mirante do Paranapanema e 42 (23,20%) de Presidente

Epitácio. Tinham em média 50 anos e moravam na área de atuação da ESF havia 17 anos. Dos 181 participantes, 32 (18,23%) eram do sexo masculino, enquanto que 148 (81,77%) eram do sexo feminino. A Tabela 3 mostra as médias dos atributos essenciais e derivados, escore essencial e escore geral.

**Tabela 3.** Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os participantes que responderam o PCATool versão adulto. Região de Presidente Prudente (SP), Brasil, 2015.

Atributos	Média/Escore	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de Afiliação (A)	8,69	2,00	3,33	10,00
Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B)	9,11	1,44	3,33	10,00
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C)	5,25	1,54	1,94	8,61
Longitudinalidade (D)	7,71	1,55	1,19	10,00
Coordenação - Integração de Cuidados (E)	7,68	2,26	0,00	10,00
Coordenação - Sistema de informações (F)	7,56	1,81	0,00	10,00
Integralidade - Serviços Disponíveis (G)	7,45	1,61	1,06	10,00
Integralidade - Serviços Prestados (H)	7,46	1,61	1,06	10,00
Orientação Familiar (I)	6,75	2,78	0,00	10,00
Orientação Comunitária (J)	7,89	2,26	0,00	10,00
<b>Escore Essencial</b>	<b>7,60</b>	<b>0,86</b>	<b>4,23</b>	<b>9,41</b>
<b>Escore Geral</b>	<b>7,35</b>	<b>1,14</b>	<b>3,34</b>	<b>9,45</b>

Na Tabela 4, observam-se os indicadores que compõem os atributos: Acesso de Primeiro

Contato - Acessibilidade (C) e Orientação Familiar (I).

**Tabela 4.** Escores médios dos indicadores que compõem os atributos de Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C) e Orientação Familiar (I), de acordo com os usuários adultos atendidos pelas equipes de ESF que trabalham na região de Presidente Prudente (SP), Brasil, 2015.

Indicadores	Escore
C1	0,42
C2	0,74
C3	8,07
C4	7,26
C5	5,17
C6	2,41
C7	2,36
C8	9,13
C9	4,64
C10	8,25
C11	7,99
C12	6,56
I1	5,62
I2	6,91
I3	7,72

Nota: C1 (C1 - O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?); C2 (O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?); C3 (Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?); C4 (Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?); C5 (Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?); C6 (Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?); C7 (Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?); C8 (É fácil marcar hora para uma consulta de revisão [consulta de rotina, “check-up”] neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro?”); C9 (Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro?); C10 (Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro?”); C11 (É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário?); C12 (Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?); I1 (O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões [sobre o que você pensa] ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?); I2 (O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família [câncer, alcoolismo, depressão?]); I3 (O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?).

## DISCUSSÃO

De forma geral, os atributos essenciais e derivados da APS estavam presentes na ESF dos três municípios da região de Presidente Prudente conforme a ótica dos cuidadores de crianças menores de dois anos e adultos entrevistados na presente pesquisa. Porém, alguns atributos, como Orientação Familiar, Coordenação - Integração de Cuidados e Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade precisavam melhorar sua operacionalização. Para facilitar a explanação, dividiu-se a discussão em dois tópicos: A) Avaliação da saúde da criança no âmbito da ESF na perspectiva dos cuidadores de crianças menores de dois anos; e B) Avaliação da saúde do adulto no âmbito da ESF na perspectiva dos usuários adultos.

### ◆ Avaliação da Saúde da Criança no âmbito da ESF na perspectiva dos cuidadores de crianças menores de dois anos

A visão do usuário se faz importante dentro do processo da assistência, pois é ele quem

participa ativamente e experimenta o serviço. É ele quem pode afirmar seus aspectos dentro ou fora dos padrões.<sup>11</sup>

Entende-se, a partir do contexto ESF, um novo pilar de sustentação e remodelagem para o cuidado continuado na APS, o que demonstra o interesse pelo indivíduo e família e sua assistência integral. A prevenção ao agravamento de doenças ou a sua identificação precoce é de extrema importância para o ciclo vital de qualquer indivíduo e até mesmo para repercutir na coletividade.

No ano de 2012, a revisão e readequação das redes de atenção à saúde pela aprovação da Política Nacional de Atenção Básica ressaltou a prioridade da atenção à criança e sua assistência integral, de modo a direcionar o olhar para a promoção da saúde e monitorá-las com um novo modelo de abordagem.<sup>12</sup>

Na presente pesquisa, a ótica dos cuidadores de crianças menores de dois anos entrevistados indicou que, de forma geral, os atributos da APS estavam presentes. No entanto, os atributos Coordenação - Integração de Cuidados e Orientação Familiar

ficaram bem próximos da média de referência 6,6, indicando que precisavam melhorar seu funcionamento no âmbito da ESF.

Para tanto, primeiramente é importante tomar o conhecimento do implica o atributo Coordenação - Integração de Cuidados para, desse modo, facilitar o entendimento e uma boa análise do questionamento. Não é apenas uma questão de monitoramento das práticas; a coordenação requer a participação ativa de ambas as partes com estímulo do profissional. Este atributo está intimamente ligado à qualidade de saúde que se pode oferecer, perante a preocupação do percurso do usuário por parte dos serviços de saúde. Essa preocupação relaciona-se com a vulnerabilidade da criança em todo o serviço da rede. Essa é uma forma de “mapear”, acompanhar, confirmando a efetividade nos achados clínicos e também sociais que irão facilitar as condutas e as decisões precisas, afastando riscos a condutas inerentes à saúde.<sup>11</sup>

É relevante que o profissional tome conhecimento da pessoa adscrita em sua unidade para que haja a continuidade do cuidado adequado e/ou sua resolutividade. É fundamental que o profissional abandone a cultura de utilização das informações apenas de prontuários e facilite o elo, o diálogo, e busque uma forma de enriquecer as informações prévias através dos relatos do paciente assistido. A participação do usuário e sua atuação no seu próprio cuidado é também uma característica do novo modelo de saúde.

A Coordenação obteve um valor aceitável diante do escore apresentado. Porém, relacionando os outros atributos, percebe-se a disparidade numérica, ainda mais quando interpretada na Tabela 2 pelos indicadores que compõem este atributo. Pode-se entender como uma deficiência da escuta, do diálogo entre pacientes e profissionais, fragilizando a tomada de decisão e a ação resolutiva das necessidades da população.

Na presente pesquisa, observa-se também pouca resolubilidade da ESF. No indicador E1 (Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento na ESF?), que compõe o atributo Coordenação - Integração de Cuidados, observou-se que 60,79% dos cuidadores de crianças entrevistados afirmaram que suas crianças haviam sido encaminhadas para especialistas. Isto contrapõe-se aos resultados encontrados na pesquisa realizada na Microrregião de Alfenas, Estado de Minas Gerais, Brasil, na qual apenas 14,5% dos cuidadores

entrevistados relataram que suas crianças haviam sido encaminhadas a especialistas.<sup>13</sup>

Os escores dos indicadores E4 (questiona se o profissional médico tomou conhecimento dos resultados da consulta do especialista), E5 (se o cuidador conversou com o serviço (médico/enfermeiro) após a consulta de especialidade e o que aconteceu durante a consulta) e E6 (se o médico/enfermeiro demonstrou interesse quanto à qualidade e cuidados dispensados à criança na consulta ou serviço de especialidades), expostos na Tabela 2, indicam o interesse do profissional em saber os resultados e os cuidados prestados pelas ações de outros serviços. Isto quer dizer, dispõem a situação de dúvida e questionamento sobre a melhora da criança assistida, se foi adequadamente recebida após a consulta e contato com outro serviço ou até mesmo se os profissionais têm conhecimento das orientações e ações que devem traçar e qual tipo de acompanhamento deverão fazer no período pós-consulta.

Os reconhecimentos dos problemas abordados em outro serviço, bem como sua integração, facilitam na assertiva do cuidado global do paciente.<sup>13</sup> No ano de 2009, Em Pouso Alegre, Estado de Minas Gerais, Brasil, um estudo realizado entende a migração das crianças para outros serviços pela rotatividade aumentada de profissionais médicos e sua formação inadequada para a função e também analisa o escore médio desse atributo baixo.<sup>14</sup>

A orientação familiar é traduzida pela capacidade de envolver a família no processo saúde-doença. Observa-se que este processo de adoecimento pode se relacionar com o contexto familiar. O perfil que a família apresenta pode ser o esboço mais claro para os riscos do adoecer, quanto que seu comportamento dentro do meio familiar, visivelmente notado pela vivência comunitária, introduz o próprio familiar na responsabilidade do cuidado junto aos profissionais.

O membro da família é peça fundamental para a qualidade e efetividade das ações. Porém, o profissional tem aptidão para identificar os problemas de saúde dentro de uma visita, por intermédio do diálogo e unindo seus conhecimentos técnicos aos conhecimentos adquiridos pelo convívio com os indivíduos. Transforma as informações como instrumento de cuidado e educação, envolvendo toda a família neste processo, ainda mais quando se trata de atenção às crianças. Sabe-se que, na atualidade, nem sempre são as mães que passam todo o tempo com seus filhos pela necessidade da busca de recursos, principalmente financeiros ou por

diversas questões pessoais. Portanto, o contato, conhecimento e avaliação fazem parte de um planejamento prévio de abordagem. Isto possibilita à equipe se habituar às características culturais da família assistida, estreitando as relações entre ambos com base na comunicação.<sup>13</sup>

A pesquisa realizada na microrregião de Alfenas, Estado de Minas Gerais, Brasil, revela a mesma dificuldade de desenvolvimento do atributo Orientação Familiar na ESF com um escore médio de 5,10. Isto demonstra a problemática instalada de um modo geral em toda a Rede de Atenção Básica.<sup>13</sup> A avaliação baixa para o atributo Orientação Comunitária também é confirmada na pesquisa realizada em Pouso Alegre, Estado de Minas Gerais, Brasil, com a média de 4,7.<sup>14</sup>

Em relação à Orientação Familiar, observa-se que, muitas vezes, a ESF não tem direcionado sua práxis para a família e pouco tem valorizado a participação da família no processo saúde-doença. Trata-se de um paradoxo, pois as diretrizes e princípios que regem este modelo assistencial instituem a família como o foco da atenção à saúde.

Para tanto, se faz importante no acompanhamento de crianças na ESF a valorização da família como potencial de saúde ou doença. A saúde da criança depende da família e da comunidade para de fato ser efetivada.<sup>15</sup>

#### ◆ Avaliação da Saúde do Adulto no âmbito da ESF na perspectiva dos usuários adultos

Na avaliação da Saúde do Adulto na ESF dos três municípios, observa-se que os atributos que obtiveram os escores mais baixos foram Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade e Orientação Familiar.

O atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade apresentou escore abaixo da média recomendada, com valor igual a 5,25 na perspectiva dos usuários adultos conforme mostra a Tabela 3. Entende-se por Acesso de Primeiro Contato a facilidade que o usuário tem de dar entrada no serviço para a realização de suas consultas ou até mesmo orientações a partir do momento que ele precisa do atendimento pela primeira vez ou a cada vez que é necessário recorrer a atenção. O profissional é a porta de entrada para o indivíduo, é atribuído a ele o acolhimento e o direcionamento para as peculiaridades individuais e coletivas.

É muito importante que o profissional/serviço conheça o perfil de sua população e o ritmo de vida que levam as pessoas adscritas na sua região de cobertura

para que possa de alguma maneira atender a demanda de forma equânime e humanizada.

Na visão da pesquisa realizada em São Luiz, Estado do Maranhão, Brasil, relata-se a dificuldade e a falta de interesse do profissional sob o olhar do usuário, a dificuldade do conhecimento para riscos sociais e de saúde e que os mesmos não conheciam suas condições sociais, de vida e familiares. Em divergência, profissionais e gestores responderam ao contrário da informação coletada. Ainda, o achado revela que as visitas domiciliares são uma prática característica do serviço e não apresentou uma boa avaliação por parte dos usuários.<sup>6</sup> A visita deveria ser uma oportunidade que o profissional tem em suas mãos para ofertar o serviço como porta de entrada ou fazer com que o acesso chegue até o usuário, ou seja, promoção ativa da acessibilidade em seu território de abrangência.

No presente estudo, a Acessibilidade, no primeiro contato, estava fragmentada pelo horário de funcionamento das unidades analisadas e pelo tempo de espera para o atendimento, o que pode ser o resultado da má organização e deficiência de gestão constatada pelo escore dos indicadores de acessibilidade na Tabela 4, a saber: C1 (O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?); C2 (O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?); C5 (Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?); C6 (Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?); C7 (Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?); C9 (Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro [sem contar triagem ou acolhimento]?); e C12 (Quando você tem que ir ao “nome do médico/enfermeira/local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?).

Corroborando com essa afirmativa na avaliação da Saúde do Adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais, Brasil, observa-se a

necessidade de reformulação do processo de trabalho por parte dos gestores e profissionais.<sup>16</sup> Parte-se da ideia de que o horário de funcionamento das unidades poderia ser flexibilizado para melhor atender aos usuários. É esta uma prática na qual pode atuar o enfermeiro da unidade por sua competência em gestão, redimensionando e alterando as escalas para obter uma melhor adesão da comunidade ao serviço.

A pesquisa realizada no Rio de Janeiro, Brasil, para avaliar a APS na perspectiva de usuários adultos e crianças também mostra que a acessibilidade era um problema em diferentes unidades de nível primário de atenção à saúde.<sup>17</sup> Nas pesquisas realizadas em São Paulo, e em Montes Claros, Estado de Minas Gerais, Brasil, observou-se que a dificuldade de acesso era uma realidade, o que contribuiu para uma avaliação negativa dos serviços.<sup>18-9</sup> Em Chapecó, Estado de Santa Catarina, Brasil, também ocorria o problema da acessibilidade, relacionada a demanda e ao pequeno número de consultas.<sup>20</sup>

Diferente das pesquisas citadas acima, a avaliação da APS no Município-polo do Vale do Jequitinhonha estabelece uma melhor projeção da extensão da acessibilidade em uma de suas áreas estudadas. Porém, em outras áreas apresenta resultados divergentes para o mesmo atributo e expõe a preocupação da dificuldade do acesso por barreiras geográficas.<sup>16</sup> Já nas outras pesquisas mencionadas no presente estudo, a ideia central é atribuída à carência e insatisfação do usuário para os horários de funcionamento, relação interpessoal e acolhimento. Assim o revela o estudo realizado na ESF do Município de Serra, Estado do Espírito Santo, Brasil, exprimindo que a ferramenta principal está no acolhimento que se solidifica primeiramente na escuta.<sup>21</sup>

“A primeira impressão é a que fica”, portanto, este dito popular com seu empirismo chama atenção para o perfil que o novo modelo de atenção à saúde deve construir junto aos usuários. Na ambiguidade dos sentidos pode-se ainda interpretar nesta frase o que a figura, no caso, o profissional em quem o sujeito deposita sua confiança, pode melhorar ao dar ênfase no conhecimento popular associado aos seus conhecimentos científicos. Tornará assim o acolhimento capaz de fazer da atenção básica o pilar de apoio para as necessidades individuais e coletivas. Mesmo sem o uso de tecnologias pesadas, o indivíduo poderá reconhecer o serviço pelo acolhimento como fonte das ações de prevenção e como ambiente favorável para reclinar-se, assegurar-se e

proteger sua saúde. No entanto, é na impressão do primeiro contato, na valorização e na troca do conhecimento que o usuário se sentiria livre ou não para usufruir do serviço assim que o demandar.

Na Orientação Familiar na perspectiva do usuário adulto, o escore médio demonstrou sua proximidade com o resultado obtido na perspectiva dos cuidadores de crianças. Este fato deixa clara a fragilidade da operacionalização deste atributo para usuários de diferentes idades em suas fases da vida e o que levou a tal resultado foi o mesmo indicador I1 (dispõe sobre a atenção e espaço para o próprio autor do seu processo de cuidados e/ou família estar diretamente envolvidos nos planos de cuidados). Este atributo, ao encontrar-se com a resposta negativa em divergentes idades, consolida a falha operacional das unidades destes três municípios da região de Presidente Prudente e ainda pressupõe que este agravo tenha uma amplitude repercutida em outras unidades do território nacional.

Na relação entre a família e o usuário, o vínculo é a melhor forma de estabelecer e valorizar o que o sujeito está proposto a contribuir para solidificar a qualidade do bem-estar seja ele físico, mental ou biológico. Nas pesquisas realizadas no Vale do Jequitinhonha e Serra, observa-se também que o atributo Orientação Familiar foi mal avaliado, o que mostra que a família não estava no patamar que a Política Nacional de Atenção Básica propõe para a ESF.<sup>7,16,21</sup>

Outro resultado que corrobora com o da presente pesquisa é o baixo escore encontrado para o enfoque familiar no Município de São Paulo, o que facilita a visualização de que o baixo escore está presente em cidades de dimensões populacionais, culturais e geográficas diferenciadas. Os profissionais, de acordo com os usuários, não têm valorizado as condições de vida dos usuários e as informações sobre suas famílias. Poucos relatam que os profissionais conheciam suas famílias.<sup>18</sup>

Justamente, o ponto crucial do problema: não se deve abordar a família apenas quando solicitado, esta abordagem deve acontecer diariamente. Como mencionado anteriormente, este é um exercício promovido pelo diálogo e interesse do profissional pelo meio de atuação, pois a orientação familiar consiste em assistir o indivíduo e, sobretudo, levar a família para o controle e participação do cuidado continuado em seu próprio clã.

É de responsabilidade dos gestores o planejamento e a capacitação dos profissionais para que assimilem os princípios

e diretrizes da ESF. Este modelo assistencial visa a incorporação de saberes e práticas construídas em conjunto com as famílias e comunidades. O fim é que haja reconhecimento das reais necessidades de saúde e grupos em situação de exclusão e vulnerabilidade social. Desse modo, poderá ocorrer o fortalecimento da operacionalização dos princípios de acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, qualidade dos serviços prestados e resolubilidade dos principais problemas da população.

## CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que na ótica dos cuidadores de crianças menores de dois anos e usuários adultos, a ESF dos três municípios da região de Presidente Prudente, Estado de São Paulo, Brasil, apresentou os atributos da APS em sua prática. Porém, alguns atributos como Coordenação - Integração de Cuidados, Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade e Orientação Familiar precisavam melhorar sua operacionalização, de acordo com o que pregam os princípios do SUS. A ausência de operacionalização de alguns atributos, embora haja a presença de outros, por estarem relacionados entre si, implica a fragmentação do cuidado. Descaracteriza-se assim a prática da ESF e prejudicam-se as ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, detecção precoce de doenças crônicas e suas complicações, identificação das necessidades e situações de vulnerabilidade da população e o funcionamento da rede de atenção à saúde.

A Saúde da Criança nos municípios precisa fortalecer a Coordenação - Integração de Cuidados, atributo que permite a integralidade e a resolubilidade de problemas de saúde mais complexos. Outro aspecto importante é que sem a coordenação do cuidado não ocorre o princípio da regionalização. Já a Saúde do Adulto precisa incluir e fortalecer o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade na prática diária dos profissionais da ESF. Sem a acessibilidade fica difícil pensar em saúde, já que as intervenções na saúde dos usuários não ocorrerão. A falta de acessibilidade descaracteriza a ESF como porta de entrada no sistema de saúde. Nesta perspectiva, é necessário o empenho e ação conjunta de gestores de saúde, profissionais e usuários para formular soluções para as barreiras existentes.

O atributo Orientação Familiar precisava melhorar sua operacionalização no âmbito da Saúde da Criança e da saúde do adulto nos três municípios estudados. Esse atributo é um dos pressupostos da ESF de trabalhar com foco

na família. Sem a incorporação desse atributo na prática profissional a ESF perde seu diferencial.

Nesta perspectiva, sugere-se que os atributos essenciais e derivados da APS sejam adequadamente incorporados à prática dos profissionais da saúde por meio da capacitação e valorização das ações que caracterizam a ESF como modelo com foco na família, porta de entrada e que coordena a rede de serviços de saúde de forma resolutiva. Deve ser realizada a releitura e a readequação das funções prioritárias da ESF por parte dos gestores de saúde, profissionais da saúde e usuários, para a retomada de seu importante papel como estratégia de reorientação da APS no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2017 May 12];13(6):1027-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
2. Costa AM, Rizzotto MLF. The social rights and the SUS are essential to the Brazilian people!. Saúde debate [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25];39(106):576-81. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000300576&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300576&lng=pt)
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2017 May 25]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/artas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/artas_promocao.pdf)
4. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil (BR). Brasília: Senado [Internet]. 1988 [cited 2017 May 10]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
5. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília; 1990 [cited 2017 June 12]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)
6. Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família.

Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2017 May 12];19(2):353-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 May 25]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf)

8. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 May 25]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)

9. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. Texto contexto - enferm [Internet]. [cited 2017 May 12];24(2):584-92. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=pt)

10. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Mar 9]. Available from: <http://189.28.128.178/sage/>

11. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMCD. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. bras. saúde matern. Infant [Internet]. 2011 [cited 2017 May 10];11(3):323-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

12. Melo MMD. Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das interações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil [Internet]. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015 [cited 2017 May 25]. Available from: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2014/12/AVALIA%C3%87%C3%83O-EM-SA%C3%9ADE-SOB-A-%C3%93TICA-DAS-INTERNA%C3%87%C3%95ES-POR-CONDI%C3%87%C3%95ES-SENS%C3%8DVEIS-%C3%80-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-E-DA-QUALIDADE-DOS-SERVI%C3%87OS-EM-1.pdf>

13. Fracolli LA, Silva SA. Evaluating child care in the Family Health Strategy. Rev. bras.

Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25];69(1):54-61. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100054&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100054&script=sci_arttext&tlng=en)

14. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araujo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2017 May 25];19(7):2033-46. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702033&lng=p&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702033&lng=p&nrm=iso&tlng=pt)

15. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25];21(1):119-27. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt)

16. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-Filho OA, Andrade RA. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). Saúde debate [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25];39(106):802-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00802.pdf>

17. Harzheim E, Pinto LF, Hauser Li, Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25];21(5):1399-1408. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en\\_1413-8123-csc-21-05-1399.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1399.pdf)

18. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária a Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc [Internet]. 2011 [cited 2017 June 10];20(4):948-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/12.pdf>

19. Oliva ACD, Moura CMR, Lima CA, Costa FM, Rocha JFD. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. Revista Uniabeu [Internet]. 2015 [cited 2017 June 10];8(18):196-208. Available from: [http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1750/pdf\\_191](http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1750/pdf_191)

20. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SM, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Revista brasileira de medicina de família e comunidade [Internet]. 2013 [cited 2017 June

Pahim AT, Gomes MFP, Fracolli LA et al.

Estratégia saúde da família - a ótica...

10];8(29):285-293. Available from:  
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/832>

21. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2017 June 10];23(3):553-559. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000300553](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300553)

Submissão: 20/08/2017

Aceito: 14/01/2018

Publicado: 01/03/2018

#### **Correspondência**

Maria Fernanda Pereira Gomes  
Universidade Paulista (UNIP)  
Rua Myrtes Spera Conceição, 301  
Conj. Nelson Marcondes  
CEP 19813-550 – Assis (SP), Brasil