



Ministério da Educação – Brasil
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM
Minas Gerais – Brasil
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas
Reg.: 120.2.095 – 2011 – UFVJM
ISSN: 2238-6424
QUALIS/CAPES – LATINDEX
Nº. 06 – Ano III – 10/2014
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

Fatores associados ao acesso aos serviços de saúde na concepção de cuidadores de crianças

Profª. Drª. Liliane da Consolação Campos Ribeiro
Docente do Departamento de Enfermagem na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM - Diamantina - MG - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4721367057858836>
E-mail: lilianeribeiro@hotmail.com

Profª. Drª. Maria Letícia Ramos-Jorge
PHD Epidemiologia
Docente do Departamento de Odontologia na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM - Diamantina - MG - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2630742245944365>
E-mail: mlramosjorge@gmail.com

Profª. Drª. Regina Lunardi Rocha
Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - PED/FM-UFMG - Brasil
Orientadora do Trabalho.
<http://lattes.cnpq.br/0822233553980084>
E-mail: rochalunardi@hotmail.com

Resumo: O objetivo desta pesquisa foi avaliar os fatores inerentes aos serviços e as famílias associados ao acesso às crianças de zero a seis anos, em relação ao tipo de serviço de saúde preferencial para o atendimento. Constitui-se de um estudo transversal, em uma amostra aleatória estratificada e proporcional realizada com 384 responsáveis por crianças cadastradas em cinco equipes de saúde da família. As informações foram coletadas por meio do instrumento elaborado e validado no Brasil, chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Foram realizadas análises descritivas, univariada e de regressão logística múltipla, adotando-se o

nível de significância $p < 0,05$. Em relação ao acesso observou-se que a maioria dos entrevistados identificaram as equipes de saúde da família como fonte regular de atenção para o cuidado às crianças (77,6%). Não houve diferenças significativas entre as condições acesso a saúde da família pela forma de organização do serviço. Pode-se concluir, nesse trabalho que o que determinou o acesso aos serviços de saúde da família foram as condições referentes as famílias.

Palavras chave: Crianças. Acesso aos serviços de saúde. Avaliação dos serviços de saúde. Saúde da Família.

Introdução

O século XX foi marcado por discussões sobre saúde e pelo desenvolvimento de diversas experiências em todo o mundo, as quais buscaram formas de enfrentar as desigualdades e injustiças sociais que atingiam grande parte da população. Essas experiências forneceram a base para os princípios e conceitos expressos na Declaração de Alma Ata (1978), configurando novo paradigma sobre a saúde, que passa a ser um direito fundamental. A Atenção Primária à Saúde (APS), nesse cenário, é postulada como a principal estratégia para organização dos serviços públicos de saúde (AMEIDA,2002; STARFIELD,2002).

No Brasil, várias propostas de modelo de APS, foram formuladas como alternativas ao modelo de saúde vigente até o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) ser instituído no âmbito nacional em 1994 (RIBEIRO,2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil define a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica (Atenção Básica foi a expressão escolhida pelo Ministério da Saúde para abranger todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde voltadas para a sua promoção, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação, sendo considerado sinônimo de Atenção Primária) levando em consideração os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Atenção Básica adotando práticas centradas no usuário (LEÃO, CALDEIRA,2011).

Uma vez que a ESF passa a ser responsável pela reorganização da Atenção Básica, é imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer quais são as necessidades e demandas de saúde das famílias de sua área adscrita, e, ao reconhecê-las, consigam propor intervenções. O grande desafio é articular os diferentes setores de produção de uma ESF em uma gestão compartilhada que responda pelo acolhimento dos usuários com acesso, vínculo e resolubilidade (SCHIMITH,2002).

De acordo com Travassos e Martins,2004 em artigo de revisão sobre os conceitos de acesso, advertem-nos que esse é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Mostram que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema e, embora com divergências conceituais e ideológicas, tem predominado a visão de acesso relacionado às características da oferta e utilização do serviço.

Travassos e Martins,2004, assim como Cecílio,2001 ressaltam ainda que o uso dos serviços de saúde depende dos fatores individuais dos usuários e de fatores internos acolhedores dos serviços de saúde.

Assim, o acesso e acolhimento se complementam e articulam na implementação de práticas em serviços de saúde (Souza et al., 2008). A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, a sua qualidade (TEIXEIRA, 2003).

Deste modo, o objetivo desse trabalho foi avaliar os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde na concepção de cuidadores de crianças de zero a seis anos cadastradas em Equipes de Saúde da Família do município de Diamantina-Minas Gerais.

Procedimentos Metodológicos

Foi realizado um estudo de delineamento transversal cuja população foi composta por 1691 crianças de zero a seis anos de idade, cadastradas em Equipes

de Saúde da Família da sede do município de Diamantina, MG, localizada no Vale Jequitinhonha.

Assumiu-se prevalência esperada de 50% do evento estudado, com margem de erro estimada de 5% e nível de confiança de 95%. A prevalência estimada de 50% é considerada conservadora e produz o maior número amostral, sendo recomendada quando não existem estudos prévios que já apresentem essa prevalência. A amostra então foi composta por 384 crianças.

Para assegurar a representatividade da amostra, efetivou-se a distribuição de modo proporcional à real distribuição das crianças pelas equipes de saúde da família, obedecendo aos seguintes passos: inicialmente, com base nas fichas de cadastro familiar, foi obtida a relação das crianças com idade até seis anos, calculou-se a distribuição percentual das crianças pertencentes a cada equipe. Em seguida, utilizando os dados do cálculo amostral, estabeleceu-se a distribuição das crianças de forma proporcional à população existente nas unidades de saúde.

Com o objetivo de proporcionar a cada membro da população de estudo a mesma chance de ser incluído, também foi realizado um sorteio aleatório dos participantes tomando-se como referência a lista de cadastro de cada equipe.

A equipe responsável pela coleta foi recrutada entre os acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e receberam treinamento de 40 horas sobre a temática. O estudo piloto testou o planejamento da pesquisa e permitiu a avaliação do questionário. Não houve necessidade de alteração do instrumento.

Utilizou-se para a coleta de dados, parte do instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Pediatria (*Primary Care Assessment Tool* -PCATool) validado no Brasil por Harzheim et al., 2006, aplicados ao principal cuidador da criança.

Conforme Harzheim et al., 2006 os resultados obtidos no processo de validação do Pcattol Brasil, mostraram que o instrumento possui validade e confiabilidade suficientes para aplicação em outros estudos no Brasil de avaliação da saúde infantil.

A aplicação do instrumento foi no domicílio das crianças, após explicação dos objetivos do trabalho, sendo os horários das visitas de acordo com a disponibilidade dos cuidadores, não houve recusas na participação da pesquisa.

O tipo de serviço preferencial para atendimento a saúde da criança, foi definido pelo cuidador com base na aplicação de três perguntas iniciais contidas no *PCATool*.

1) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva a criança quando ele(a) está doente ou quando precisa de algum conselho sobre a saúde dele(a)?

2) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor a criança como pessoa?

3) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança?

De acordo com esse instrumento, quando o cuidador citava dois serviços de saúde diferentes, era selecionado o serviço que havia sido referido duas vezes. Caso o cuidador referisse a três serviços, era identificado o serviço informado na primeira pergunta. Quando houvesse resposta negativa para as três perguntas, selecionava-se o serviço que a criança havia sido consultada pela última vez. Em seguida, os serviços selecionados foram categorizados segundo o tipo "unidade de saúde da família" e "outros serviços", sendo determinada como variável dependente.

O acesso foi avaliado por meio das variáveis independentes:

-condições inerentes à família: criança saudável ou doente, fatores demográficos (sexo da criança, idade da criança, estado marital do cuidador, família ser designada para o serviço ou escolhê-lo, situação de emprego do cuidador) fatores socioeconômicos. Para esse foi utilizado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil de 2005 (Critério Brasil) que entrou em vigor em 2008. Criado pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e pela Associação Brasileira de Propaganda e Marketing (ABIPEME), o Critério Brasil divide a população em

categorias segundo padrões ou potenciais de consumo. Consiste em uma escala ou classificação socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família (LEÃO, CALDEIRA, 2011). Afim de se permitir a realização da análise multivariada por meio da regressão logística as variáveis foram recodificadas em três categorias.

-condições inerentes ao serviço: fatores de organização (aberto atende no mesmo dia, fechado alguém atende à noite, tempo de espera por uma consulta, facilidade em conseguir atendimento, local fechado tem telefone, consegue conselho por telefone, a criança com um novo problema procura o serviço, necessita de consulta vai ao serviço).

Foram considerados todos os preceitos éticos na condução do estudo. Os cuidadores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e solicitados a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer ETIC 643/2008).

A associação entre o serviço de saúde e as variáveis independentes foi determinada pelo teste do qui-quadrado de Pearson. Em seguida, essas variáveis foram inseridas no modelo logístico de maneira crescente conforme sua significância estatística ($p < 0,20$), permanecendo no modelo caso continuassem significantes ($p < 0,05$) e/ou se ajustassem a este. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Em relação às 384 crianças 52,9% (203) eram do gênero feminino, 55,5% (213) menores de 3 anos, 71,6% (275) viviam com o pai e a mãe, 54,7% (210) das crianças têm apenas um irmão. Oitenta e sete e meio por cento (336) dos responsáveis pelas crianças referiram a mãe como a principal responsável pelo cuidado com a criança. Sessenta virgula nove por cento (234) das mães têm até 29 anos, e os pais 75,3%(289) têm até 36 anos, 51% (196) das famílias residem nesta

comunidade há menos de 10 anos. De acordo com o Critério Brasil 48,2% (185) famílias estão entre a classe D e E e 39,6% (152) na classe C.

Observou-se que 298 (77,6%) dos entrevistados identificaram a ESF como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças. Na análise preliminar utilizando-se o teste do quiquadrado, foi verificada associação independente significativa das variáveis inerentes à organização do serviço: fechado, alguém atende à noite ($p=0,030$), é fácil conseguir uma consulta de revisão ($p=0,000$), se quando o local está aberto ($p=0,019$) ou fechado, consegue conselho por telefone ($p=0,000$) foi também constatado em relação às condições das famílias que as crianças que utilizam a saúde da família são saudáveis ($p=0,000$), consultaram menos de 10 vezes no serviço ($p=0,000$) e foram designados para este serviço ($p=0,00$). Sobre o Critério Brasil foi estatisticamente comprovado que mais da metade das famílias com melhores condições financeiras, Classe A1 e B2 procuravam outros serviços à saúde da família, mesmo cadastrados na área. Além disso, 89,2% das famílias das classes D e E utilizam a Saúde da Família ($p=0,000$) como serviço de saúde preferencial (Tabela 1)

Tabela 1- Análise univariada entre o acolhimento/ acesso e o tipo de serviço preferencial. Diamantina, MG 2014

Variáveis	ESF n (%)	Outros n (%)	p-valor*
Crianças consultaram com especialista			
Sim	104 (34,9)	24 (27,9)	0,226 ^c
Não	194 (65,1)	62 (72,1)	
Crianças com doença			
Sim	53(17,8)	32 (37,2)	0,000 ^c
Não	245(82,2)	54(62,8)	
Nº de consultas realizadas no local			
≤ 10 vezes	151(50,7)	63(73,3)	0,000 ^c
>10 vezes	147(49,3)	23(26,7)	
Motivo que consulta neste serviço			
Escolha	38(12,2)	62(72,1)	0,000 ^c
Designado	258(86,6)	22(25,6)	
Consulta revisão procura serviço			
Sempre/ muitas vezes	260(87,2)	75(87,2)	0,990 ^c
Poucas vezes/ nunca	38(12,8)	11(12,8)	
Novo problema você procura o serviço?			
Sempre/ muitas vezes	242(82,0)	68(80,0)	0,670 ^c
Poucas vezes e nunca	53(18,0)	17(20,0)	
Precisa encaminhamento?			

Sempre/ muitas vezes	227(85,0)	74(92,5)	0,083 ^c
Poucas vezes e nunca	40(15,0)	6(7,50)	
Aberto atende no mesmo dia?			
Sempre/ muitas vezes	198(66,4)	58(67,4)	0,863 ^c
Poucas vezes e nunca	100(33,6)	28(32,6)	
Acesso ao profissional serviço fechado			
Sempre/ muitas vezes	61(20,5)	31(36,0)	0,030 ^c
Poucas vezes e nunca	237(79,5)	55(64,0)	
Espera muito por uma consulta?			
Sempre/ muitas vezes	98(32,9)	31(36,0)	0,585 ^c
Poucas vezes e nunca	200(67,1)	55(64,0)	
Consulta com facilidade?			
Sempre/ muitas vezes	210(70,5)	41(47,7)	0,000 ^c
Poucas vezes e nunca	88(29,5)	45(52,3)	
Local está fechado existe telefone para contato?			
Sempre/ muitas vezes	72(24,2)	39(45,3)	0,000 ^c
Poucas vezes e nunca	226(75,8)	47(54,7)	
Espera mais de 30 minutos para uma consulta?			
Sempre/ muitas vezes	176(59,1)	44(51,2)	0,192 ^c
Poucas vezes/nunca	122(40,9)	42(48,8)	
É difícil conseguir atendimento médico para a criança?			
Sempre/ muitas vezes	84(28,2)	29(33,7)	0,321 ^c
Poucas vezes/nunca	214(71,8)	57(66,3)	
Conselho médico por telefone?			
Sempre/ muitas vezes	104(34,9)	42(48,8)	0,019 ^c
Poucas vezes/nunca	194(65,1)	44(51,2)	
Critério Brasil			
Classe A1-B2	18(6,0)	29(33,7)	0,000 ^L
Classe C1-C2	115(38,6)	37(43,0)	
Classe D-E	165(55,4)	20(23,3)	

Os resultados das análises do modelo não ajustado (Tabela 2) revelaram que ser designado para o serviço ($p=0,000$) promove maior acesso à Saúde da Família. A maioria das crianças que utilizam a Saúde da Família são saudáveis ($p= 0,000$), do gênero masculino ($p=0,017$), têm idade inferior a três anos ($p=0,001$). A chance de mães com idade superior a 29 anos utilizarem os serviços de saúde família para atendimento de seus filhos é menor que mães mais novas ($p=0,019$) e que as famílias com menor condição financeira utilizam mais a estratégia saúde da família ($p=0,000$).

Tabela 2- Razão das Chances (OD) das variáveis independentes em relação ao acolhimento/ acesso à saúde da família. Diamantina - MG, 2014

Variáveis	OR não ajustado (IC 95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
Referentes ao serviço				
Acesso ao Profissional em serviço fechado				
Sempre/ Muitas vezes=0	1,00		1,00	
Poucas vezes e Nunca=1	0,61 (0,36-1,04)	0,068	1,39 (0,60-3,26)	0,430
Consulta com facilidade				
Sempre/ Muitas vezes=0	1,00			
Poucas vezes e Nunca=1	0,86 (0,53-1,43)	0,569		
Local fechado existe telefone para contato				
Sempre/ Muitas vezes=0	1,00		1,00	
Poucas vezes/ Nunca=1	1,43 (0,86-2,39)	0,166	0,98 (0,46-2,06)	0,970
Espera mais de 30 minutos por uma consulta				
Poucas Vezes/Nunca=0	1,00			
Sempre/ Muitas vezes=1	0,96 (0,59-1,55)	0,857		
Conselho médico por telefone				
Sempre/ Muitas vezes=0	1,00			
Poucas Vezes/Nunca=1	1,16 (0,71-1,89)	0,562		
Precisa Encaminhamento				
Sempre/Muitas Vezes		1,00		
1,00				
Poucas Vezes/Nunca		0,090	1,42 (0,46-4,92)	0,582
2,17(0,88-5,33)				
Referentes a família				
Atendimento no serviço				
Escolheu =0	1,00		1,00	
Designado=1	19,13(10,57-34,65)	0,000	18,15 (8,96-36,77)	0,000*
Grau de afiliação				
Grau 4 afiliação	1,00		1,00	
Grau 3 afiliação	0,49 (0,23-1,08)	0,076	0,47 (0,22-0,99)	0,000*
Grau 1 e 2 afiliação	0,09 (0,04-0,23)	0,000	0,11 (0,40-0,25)	0,049*

Idade da criança				
Menor de 3 anos =0	1,00		1,00	
Acima de 3 anos=1	0,43 (0,27-0,71)	0,001	0,82 (0,41-1,65)	0,582
Criança com dois irmãos ou mais				
Sim=0	1,00			
Não=1	0,94(0,58-1,52)	0,800		
Idade mãe até 29 anos				
Sim=0	1,00		1,00	
Não=1	0,56 (0,34-0,91)	0,019	0,73(0,35-1,51)	0,391
Idade pai				
Até 39 anos=0	1,00		1,00	
Acima 39 anos=1	0,52 (0,31-0,88)	0,14	0,59 (0,41-1,65)	0,191
Critério Brasil				
Classe A1	1,00		1,00	
Classe C1-C2	5,01 (2,50-10,03)	0,000	6,11(2,44-15,36)	0,000*
Classe D-E	13,29 (6,28-28,12)	0,000	10,20(3,90-26,70)	0,000*
Sexo criança				
Masculino=0	1,00		1,00	
Feminino=1	0,71 (0,44-1,16)	0,017	0,64(0,32-1,29)	0,209
Criança é doente				
Não=0	1,00		1,00	
Sim=1	2,74 (1,61-4,65)	0,000	0,36 (0,17-0,75)	0,007*
Situação da Mãe				
Assalariada=0	1,00		1,00	
Desempregada=1	1,70 (0,94-3,07)	0,081	2,14(0,91-5,00)	0,078

O modelo de regressão logística múltipla demonstrou que a territorialização proposta pela Estratégia Saúde da família que determina a utilização do serviço por designação promoveu 18, 15 vezes mais acesso à saúde da família que o fator escolha para o serviço ($p=0,000$). A criança doente tem 64% menos chance de procurar a Estratégia Saúde da Família em relação às sadias ($p=0,007$). A classe D/E tem 10,20 vezes mais chance de utilizar a saúde da família, seguida da classe C que tem 6,11 vezes em relação a classe A ($p=0,000$).

Discussão

As famílias apesar de terem o atendimento de saúde dos seus filhos em sua grande maioria nas equipes de saúde da família esse atendimento não foi por escolha do responsável pela criança e sim por residirem na mesma área de abrangência de funcionamento desse serviço e serem designadas para este atendimento. Alguns trabalhos têm discutido os motivos que levam as pessoas a escolherem o local para o acompanhamento da saúde, entre os mais destacados estão a qualidade do atendimento, a proximidade com a moradia (HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, 2011; OLIVEIRA, 2007), menor tempo de espera e maior resolutividade (ELIAS et al, 2006).

O perfil sociodemográfico das crianças que utilizavam a ESF apontou para uma maior vulnerabilidade econômica e social. Esses resultados assemelham a outros trabalhos em que os extratos mais pobres da população utilizam mais os serviços da ESF como referência para a assistência infantil (MARTINS et al., 2011).

Confirmado por Martins et al. 2011, a representação social dos usuários do SUS encontra-se ainda marcada por uma visão focalizada e assistencialista da atenção à saúde, destacando que o atendimento do SUS é para segmentos mais pobres e excluídos da sociedade. Esta visão pode estar associada ao desconhecimento da sociedade de seu sistema sanitário, e que a saúde não é vista como um direito do usuário, retratando assim a falta de tradição do povo brasileiro no exercício de sua cidadania (RAMOS, LIMA, 2003).

Só é possível alcançar qualidade nos serviços e ações de saúde com a participação de uma coletividade capaz de apontar os problemas e as soluções relativas às suas demandas, o que permite o avanço na consolidação de um SUS verdadeiramente universal, humanizado e acolhedor, transcendendo a ideia corrente de um sistema focalizado que presta consultas gratuitas à população carente (LEWIS M, ESKELAND, TRA-VALEREZO, 2004).

Conclusão

Com este trabalho analisou-se os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde da família na concepção dos responsáveis por crianças. O número de crianças que tem como referência para a sua assistência a ESF é satisfatório (77,6%), mas deve melhorar, uma vez que todas as crianças têm o seu cadastro no serviço e estão na área de atuação da unidade.

Pôde se concluir que os fatores associados ao acesso aos Serviços de Saúde da Família nesse município do Vale Jequitinhonha foram os fatores inerentes às famílias: a criança ser designada para atendimento ao serviço, ser saudável, com condições socioeconômicas piores.

Essa análise proposta nesta pesquisa contribui, ainda que parcialmente, para a avaliação dos serviços em busca de um cuidado integral.

Contudo, faz-se necessário que os profissionais das equipes de saúde da família repensem suas práticas e atuem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, que contribuam com uma organização de serviços voltados para as necessidades dos usuários, para que os fatores inerentes aos serviços tenham relação direta com o acesso aos serviços de saúde.

Abstract: The aim of the present study was to evaluate factors related to health services and families associated with the access of children aged from zero to six years, in relation to type of health service of choice. A cross-sectional study was performed of a random stratified sample of 384 parents and/or guardians of children registered with five family health teams. Information was gathered using the *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), created and validated in Brazil. Descriptive and univariate analysis and multiple logistic regression were performed, using a $p < 0.05$ level of significance. In terms of access it was found that the majority of individuals interviewed identified family health teams as a regular source of health care for children (77.6%). There was no significant difference between reception/access to family health care in terms of the type of organization of the service. In conclusion, the present study found that the social conditions of families most affected reception/access to family health care.

Key-words: Children. Access to Health Services. Evaluation of Health Services. Family Health.

Referências

1. ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na America Latina: um debate necessário. **Cad Saúde Pública**, v. 18, p. 23-36, 2002.
2. CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro M, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco; 2001. p. 113-126.
3. 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 em São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, p. 643-41, 2006.
4. 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 Saúde Pública**, V. 22, p. 1649-59, 2006.
5. LEÃO, C.D.A, CALDEIRA, A.P. Avaliação da Associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária à saúde e qualidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4415-23, 2011.
6. LEWIS,M, ESKELAND, G, TRAA-VALEREZO, X. Primary health care in practice: is it effective? **Health policy**, v 70, p. 3003-325, 2004.
7. MARTINS, P.C, COTTA, R.M.M, MENDES, F.F, PRIORE, S.E, FRANCESCHINNI, S.C.C, CAZAL, M.M, BATISTA, R.S. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n16,v.3, p.1933-1942, 2011.
8. RAMOS, D.D, LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.19, p 27-35, 2003.
9. RIBEIRO, L.C.C. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família**. 2009, 105f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
10. RIBEIRO, C.D.A.L. **Avaliação dos Atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia de saúde da família em Montes Claros-Minas Gerais** 2009, 78f. Dissertação (Mestrado Profissional)Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.

11. STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
12. SCHIMITH, M.D, LIMA, M.AD.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, p. 1487-94, 2002.
13. SOUZA, E.C.F, VILAR, R.L.A, ROCHA, N.S.P.D, UCHOA, A.C, ROCHA, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, p. 100-110, 2008.
14. TEIXEIRA RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Editora da UFRJ: Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111.
15. OLIVEIRA MC. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre**: uma análise agregada. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

Texto científico recebido em: 13/07/2014

Processo de Avaliação por Pares: (*Blind Review* - Análise do Texto Anônimo)

Publicado na Revista Vozes dos Vales - www.ufvjm.edu.br/vozes em: 31/10/2014

Revista Científica Vozes dos Vales - UFVJM - Minas Gerais - Brasil

www.ufvjm.edu.br/vozes

www.facebook.com/revistavozesdosvales

UFVJM: 120.2.095-2011 - QUALIS/CAPES - LATINDEX: 22524 - ISSN: 2238-6424

Periódico Científico Eletrônico divulgado nos programas brasileiros *Stricto Sensu*

(Mestrados e Doutorados) e em universidades de 38 países,

em diversas áreas do conhecimento.