

## Presencia y extensión de los atributos de la atención primaria a la salud entre niños hospitalizadas por neumonía<sup>1</sup>

Juliana Coelho Pina<sup>2</sup>

Suzana Alves de Moraes<sup>3</sup>

Maria Cândida de Carvalho Furtado<sup>3</sup>

Débora Falleiros de Mello<sup>3</sup>

Objetivo: analizar la presencia y la extensión de los atributos de la atención primaria a la salud entre niños hospitalizados por neumonía. Método: estudio observacional, retrospectivo, con delineamiento caso-control de base hospitalaria, desarrollado en tres hospitales con convenios con el Sistema Único de Salud (SUS), situados en un municipio del estado de Sao Paulo, Brasil. Participaron del estudio 690 niños menores de cinco años de edad, siendo 345 casos y 345 controles. Resultados: ambos grupos presentaron puntajes elevados para acceso a los servicios de salud. Diferentemente, los puntajes elevados para atributos como longitudinalidad y coordinación de la atención se revelaron en los controles. A pesar de puntajes bajos, integralidad y orientación familiar también fueron mayores para los controles. Conclusión: el conocimiento de los aspectos de los atributos de la Atención Primaria a la Salud y su oferta para los cuidados del niño son de extrema importancia, ya que poseen potencial para suministrar auxilio a los profesionales y administradores del SUS en una perspectiva de organización de los servicios de salud.

Descriptores: Niño; Neumonía; Atención Primaria de Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "Aproximación jerarquizada a la identificación de los factores asociados a la hospitalización por neumonía en menores de cinco años de edad: estudio caso-control", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, proceso nº 2011/12195-5.

<sup>2</sup> PhD, Enfermera, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Débora Falleiros de Mello  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública  
Av. Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: defmello@eerp.usp.br

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

La neumonía es una de las enfermedades de mayor prevalencia en la infancia y la principal causa de muertes en niños menores de cinco años de edad<sup>(1)</sup>. En 2012, cerca de 6,6 millones de muertes ocurrieron entre niños menores de cinco años; 15% de éstas pérdidas tuvieron la neumonía como causa<sup>(2)</sup>.

En Brasil, el grupo de enfermedades del aparato respiratorio representa la tercera causa de muerte y la principal causa de internación para ese intervalo de edad, con gran predominio de la neumonía como causa de muertes (65%) y hospitalizaciones (57%) por enfermedades respiratorias<sup>(3)</sup>.

La neumonía comunitaria continúa a ser una importante causa de morbimortalidad, a pesar del amplio espectro de antibióticos y de los avances de la atención a la salud<sup>(4)</sup>. La enfermedad integra un conjunto de problemas de salud denominado condiciones sensibles a la atención primaria (CSAP), para los cuales la efectiva atención primaria a la salud (APS) puede disminuir el riesgo de complicaciones<sup>(5)</sup>. La APS de buena calidad puede evitar gran parte de las complicaciones de la neumonía, con disminución de las hospitalizaciones, por medio del acceso a los servicios, de la identificación precoz de la enfermedad y del tratamiento adecuado en tiempo oportuno. Además, con la oferta de acciones de prevención, puede contribuir para la reducción de la incidencia de la enfermedad<sup>(6)</sup>.

A pesar de ser reconocidas las acciones preconizadas para la prevención y el control de la neumonía en la APS, no existen estudios que exploren los atributos o características de esa modalidad de atención que son esenciales para prevenir las hospitalizaciones por neumonía. En ese sentido, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la presencia y la extensión de los atributos de la APS entre niños hospitalizados por neumonía.

## Método

El presente estudio fue desarrollado con datos referentes a la investigación titulada "Abordaje jerarquizado para identificar factores asociados a la hospitalización por neumonía, en menores de cinco años de edad: estudio de caso-control". Se trata de estudio observacional, retrospectivo, con delineamiento caso-control de base hospitalaria, desarrollado en tres hospitales que tienen convenios con el Sistema Único de Salud (SUS), situados en un municipio del estado

de Sao Paulo, Brasil, polo universitario, industrial y del agronegocio. En 2012, la población total estimada para el municipio era de 619.746 habitantes, siendo 6 % perteneciente al intervalo etario de 0 a 5 años<sup>(7)</sup>.

Considerando un poder estadístico de 80% y la adopción de nivel de significación  $\alpha=0,05$ , participaron del estudio 690 niños menores de cinco años de edad, siendo 345 casos y 345 controles. Fueron considerados casos los niños con diagnóstico de neumonía comunitaria - comprobado por examen radiológico - residentes en uno de los 26 municipios pertenecientes al Departamento Regional de Salud, que es el municipio sede de este estudio, admitidos para internación por el SUS, en uno de los hospitales participantes, en el período de marzo de 2012 a agosto de 2013. Para cada caso fue seleccionado un control, en el mismo hospital, del mismo sexo e intervalo etario del caso pareado ( $\geq 2$  y  $\leq 6$  meses,  $>6$  y  $\leq 12$  meses,  $>12$  y  $\leq 24$  meses,  $>24$  y  $<60$  meses). Los controles fueron seleccionados en los sectores de la clínica pediátrica, ambulatorio pediátrico y atención de urgencia pediátrica de cada hospital.

Los criterios de exclusión fueron: tiempo de residencia en el municipio menor que seis meses, histórico reciente de aspiración de líquido o cuerpo extraño y edad menor que dos meses, que requiere internación compulsoria en caso de neumonía. Entre los controles, fueron excluidos niños con sospecha o diagnóstico actual de neumonía, con algún grado de parentesco con los casos o que residían en el mismo domicilio.

Los datos fueron recolectados por entrevistadores entrenados, que aplicaron a las madres de los niños la versión infantil del Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria a la Salud - *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que fue adaptado y validado para Brasil<sup>(8)</sup>. Ese instrumento evalúa la presencia y extensión de cuatro atributos esenciales de la APS (acceso de primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación de la atención) y de dos atributos derivados (orientación familiar y orientación comunitaria). El PCATool está compuesto por respuestas en una escala tipo Likert, que posibilita el cálculo de los puntajes relativos a cada atributo (promedio de las respuestas de sus ítems), con intervalos de 1 a 4. También es posible calcular el puntaje esencial de la APS (promedio de valores de los componentes de los atributos esenciales) y el puntaje general de la APS (promedio de valores de los componentes de los atributos esenciales y derivados). Los puntajes iguales a 4 representan la mayor presencia y extensión de cada atributo o conjunto de atributos;

los puntajes > 3 se consideran como indicativos de fuerte presencia y extensión del atributo o conjunto de atributos evaluados<sup>(8)</sup>.

Para la finalidad de caracterizar a la población del estudio, también fueron recolectadas informaciones sociodemográficas, por medio de un cuestionario precodificado desarrollado para esta investigación.

El análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva e inferencial. Casos y controles son caracterizados según su distribución en relación a las variables sociodemográficas, por medio de frecuencia absoluta y relativa. En relación a los puntajes del PCATool, para las variables que no presentaron distribución normal se aplicó el test de Mann-Whitney y para la variable puntaje general de la APS (que presentó distribución normal) fue aplicado el test *t*.

El estudio original "Abordaje jerarquizado para identificar los factores asociados a la hospitalización por neumonía, en menores de cinco años de edad: estudio de caso-control" fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y siguió las recomendaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, vigente en la época de la apreciación del proyecto.

## Resultados

Las características sociodemográficas de la población del estudio son presentadas en la Tabla 1. Sexo e intervalo etario, conforme ya expuesto, son variables de emparejamiento de casos y controles. Se observa una mayor proporción de controles con renta familiar y escolaridad parental superiores.

En la tabla 2 son presentados los puntajes del PCATool para casos y controles. Los puntajes más elevados (mayores que 3) fueron obtenidos, tanto por casos como por controles, en el atributo acceso de primer contacto – componente utilización. Los puntajes más elevados en ese componente del atributo acceso de primer contacto indican que, en general, las madres de todos los niños entrevistadas tienden a buscar el servicio de APS de referencia para consultas de rutina y consultas para nuevos problemas de salud, así como para la realización de encaminamientos a servicios de salud especializados. Por otro lado, puntajes menores que 3 fueron obtenidos en relación al componente accesibilidad del atributo acceso de primer contacto, tanto para casos como para controles, lo que indica que la programación y la atención no programados en el

servicio de APS de referencia acostumbra a ser difícil, además de que la espera por atención es generalmente demorada, según la percepción general de las madres entrevistadas.

Tabla 1 – Caracterización de casos y controles participantes del estudio, según variables sociodemográficas. Ribeirão Preto/SP, 2013.

Variables	Casos		Controles	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	179	51,88	179	51,88
Femenino	166	48,12	166	48,12
<b>Intervalo etario (meses)</b>				
02-05,9	77	22,32	76	22,03
06-11,9	82	23,77	85	24,64
12-23,9	98	28,41	95	27,54
24-59,9	88	25,51	89	25,80
<b>Renta familiar en tercios (R\$)</b>				
1º tercio (≤400)	133	38,55	109	31,59
2º tercio >400 y ≤700	108	31,30	111	32,17
3º tercio >700	104	30,14	125	
<b>Escolaridad materna (años)</b>				
0-4	31	8,99	30	8,70
5-8	133	38,55	115	33,33
≥ 9	181	52,46	200	57,97
<b>Escolaridad paterna (años)</b>				
0-4	43	14,05	42	13,82
5-8	132	43,14	122	40,13
≥ 9	131	42,81	140	46,05
<b>Estado marital</b>				
Con compañero	254	73,62	250	72,46
Sin compañero	91	26,38	95	27,54

Los controles presentaron mayores puntajes que los casos en los atributos longitudinalidad (3,24 versus 3,11,  $p=0,003$ ) y coordinación - componente sistema de informaciones (3,44 versus 3,30,  $p=0,006$ ). A pesar de que sus puntajes se revelaron abajo del punto de corte, los atributos integralidad – componente servicios prestados (2,98 versus 2,74,  $p=0,004$ ) y orientación familiar (2,51 versus 2,36,  $p=0,035$ ) fueron mayores en los controles. Lo mismo aconteció para los puntajes esencial (2,76 versus 2,66,  $p=0,005$ ) y general (2,66 versus 2,57,  $p=0,015$ ) de la APS.

Las diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles en relación al atributo longitudinalidad indican que las madres de los controles refirieron con más frecuencia que el niño es acompañado a lo largo del tiempo en la APS por un profesional de referencia,

que posee habilidades comunicativas; éste es abierto a escuchar y conoce la historia clínica del niño; sin embargo, no se limita a ella, reconociendo al niño como persona y no como alguien con un problema de salud. Declaran también, más frecuentemente, que no se cambiarían para otro servicio de salud, mismo que eso fuese fácil conseguir.

Mayores puntajes en el atributo coordinación – componente sistemas de informaciones sugieren que los equipos de APS utilizan más documentos, registros o

informes durante las consultas de los controles, según la percepción de las madres.

Para el atributo integralidad – componente servicios prestados, las madres de los controles indicaron más frecuentemente que recibieron orientaciones relativas a la salud del niño durante las consultas en la APS, como alimentación saludable, buena higiene, sueño adecuado, seguridad en el hogar, cambios en el crecimiento y desarrollo y maneras de lidiar con el comportamiento del niño.

Tabla 2 – Comparación de los puntajes de los atributos de la Atención Primaria a la Salud entre casos y controles, Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2013.

Puntajes	Casos	Controles	p
<b>Acceso de primer contacto - utilización</b>			0,469*
Promedio	3,395	3,436	
Mediana	3,670	3,670	
Desviación estándar	0,664	0,625	
<b>Acceso de primer contacto - accesibilidad</b>			0,168*
Promedio	2,517	2,593	
Mediana	2,500	2,670	
Desviación estándar	0,718	0,695	
<b>Longitudinalidad</b>			0,003*
Promedio	3,106	3,241	
Mediana	3,270	3,360	
Desviación estándar	0,643	0,583	
<b>Coordinación – integración de cuidados</b>			0,825*
Promedio	2,894	3,032	
Mediana	3,170	3,170	
Desviación estándar	0,889	0,645	
<b>Coordinación – sistema de informaciones</b>			0,006*
Promedio	3,298	3,441	
Mediana	3,330	3,330	
Desviación estándar	0,587	0,518	
<b>Integralidad – servicios disponibles</b>			0,232*
Promedio	2,851	2,911	
Mediana	2,890	3,000	
Desviación estándar	0,596	0,624	
<b>Integralidad – servicios prestados</b>			0,004*
Promedio	2,742	2,979	
Mediana	2,800	3,400	
Desviación estándar	1,122	1,062	
<b>Orientación familiar</b>			0,035*
Promedio	2,362	2,515	
Mediana	2,170	2,500	
Desviación estándar	0,914	0,938	
<b>Orientación comunitaria</b>			0,398*
Promedio	2,614	2,675	
Mediana	2,750	2,750	
Desviación estándar	1,092	1,117	
<b>Puntaje esencial de la APS</b>			0,005*
Promedio	2,663	2,764	
Mediana	2,670	2,805	
Desviación estándar	0,512	0,485	
<b>Puntaje general de la APS</b>			0,015 †
Promedio	2,566	2,665	
Mediana	2,550	2,680	
Desviación estándar	0,540	0,522	

\*Test de Mann-Whitney.

† Test t.

La Orientación familiar reveló puntajes elevados para los controles, lo que señala un mayor conocimiento, por parte de los profesionales de la APS, de las familias de los controles y de sus problemas, así como una mayor propensión a incluir a la familia en el cuidado del niño.

## Discusión

Considerando la salud del niño en el contexto de la atención básica, es importante analizar aspectos de acciones capaces de contribuir para que los niños sobrevivan y tengan un mejor acceso a la salud, como también a la calidad de vida. En ese sentido, los atributos de la APS encuentran espacio, siendo reveladas evidencias de que, a través de sus dimensiones, la APS contribuye para el desempeño de los sistemas de salud<sup>(9)</sup>. Por tanto, se entiende que tanto su existencia (presencia) como el grado en que ocurre (extensión) poseen potencial para transformar las cuestiones relacionadas a la salud del niño.

El acceso de primer contacto obtuvo puntaje elevado en su componente utilización en los dos grupos estudiados. Eso implica en reconocer que tanto el médico como el servicio de salud, utilizado por el niño, son los primeros a ser procurados mediante una necesidad, uno de los presupuestos de la organización en red del sistema de salud, la cual tiene la APS como su integradora y ordenadora<sup>(10)</sup>. A pesar de que los participantes del estudio hubiesen presentado ese comportamiento de vinculación al servicio de APS de referencia, parece que el servicio no siempre funciona de modo a atender la demanda que le solicitan, ya que los dos grupos de estudio presentaron puntajes abajo del punto de corte en el componente accesibilidad. Las limitaciones relativas a la atención de la demanda espontánea y a la dificultad para programación contribuyen para que los niños no consigan una atención oportuna para sus necesidades de salud<sup>(11)</sup>.

Algunos autores<sup>(12)</sup> destacan la importancia del acceso como integrador y mediador para que el cuidado ampliado de la salud sea una realidad. Un estudio<sup>(13)</sup> revela que padres que aumentaron la utilización de servicios primarios disminuyeron la búsqueda por servicios de emergencia, lo que refuerza la importancia de concientizar a los padres sobre este uso para la promoción de la salud sus hijos, apuntando para la importancia de buscar informaciones acerca del grado de adhesión de los usuarios a los servicios de salud.

Uno de los puntos principales del trabajo de los profesionales de la APS es la vigilancia de la salud,

entendida como la monitorización de las necesidades de salud de la población, las cuales deben dirigir el proceso de trabajo del equipo multiprofesional de la APS. Es importante resaltar que las necesidades de salud de los niños precisan ser particularizadas e interpretadas con base en las peculiaridades del proceso de crecimiento y desarrollo, así como en las condiciones concretas de vida<sup>(14)</sup>.

En ese sentido, una de las acciones importantes de la vigilancia a la salud del niño consiste en el acompañamiento del su crecimiento y desarrollo<sup>(11)</sup>. Esa acción, cuando se efectiva a lo largo del tiempo (longitudinalidad), especialmente por medio de la consulta de puericultura, permite la detección precoz de patologías incidentes en la infancia, viabilizando el tratamiento de las mismas en tiempo oportuno, con prevención y reducción de los perjuicios a la salud<sup>(11,15)</sup>, pudiendo aquí considerar también la neumonía como una importante enfermedad en esta clientela. Además de eso, existen evidencias en la literatura de que los niños con desnutrición son más susceptibles a infecciones graves como la neumonía<sup>(16)</sup>. De ese modo, el acompañamiento del crecimiento de los niños en la APS permite identificar aquellos con deficiencia de crecimiento, que están en mayor riesgo para contraer la neumonía, posibilitando el desarrollo de acciones de prevención de la enfermedad, como el incremento del estado nutricional y el manejo del ambiente intradomiciliario.

El puntaje elevado para el atributo longitudinalidad indica que los niños tienen el mismo profesional para acompañar su salud a lo largo del tiempo, lo que viabiliza no solamente el establecimiento de vínculo<sup>(17)</sup>, pero también el reconocimiento de este niño como sujeto singular, además del conocimiento que el profesional adquiere acerca de la salud del niño. Los resultados apuntan que entre los controles esos puntajes fueron mayores, sugiriendo la importancia de la longitudinalidad del cuidado para la prevención de las hospitalizaciones de niños por neumonía.

La continuidad de la atención, la confianza mutua servicio-usuario y la conexión del usuario con los profesionales de salud configuran la longitudinalidad. Un estudio<sup>(18)</sup> apunta que, a pesar de los problemas de la APS, una vez obtenido el acceso existen condiciones para la longitudinalidad del cuidado, siendo que una evaluación positiva de este atributo indica la fidelización a los servicios. La longitudinalidad adecuada puede traer impactos positivos tanto a la salud infantil como a la red de servicios<sup>(18-19)</sup>.

La coordinación de la atención fue otro atributo de la APS con puntajes más elevados entre los controles,

revelando la utilización de instrumentos – entre ellos documentos, fichas médicas e informes – que permiten el acompañamiento de la salud del niño, como también la integración de cuidados que se presentan en la interlocución entre sectores y servicios de salud, para garantizar que el niño sea atendido en todas sus necesidades<sup>(11)</sup>.

La oferta de cuidados ampliados se vuelve viable mediante la existencia de relaciones entre sectores y servicios de salud para dirigir la atención frente a las reales necesidades de la población, a partir de acciones articuladas y complementarias<sup>(20)</sup>, teniendo la APS relevante papel en el ordenamiento del sistema y en la coordinación del cuidado<sup>(10)</sup>. Los desafíos para la mantención de la integración de cuidados están principalmente vinculados a la constitución de redes de atención, que deben optimizar el acceso y la utilización de los demás recursos de salud, asegurando los mecanismos de comunicación que califican el cuidado<sup>(10, 20)</sup>.

El niño con neumonía recorre varios puntos de la red de atención a la salud. Cuando se inician las señales y síntomas, su familia busca atención en las unidades de APS (unidades básicas de salud y unidades de salud de la familia). Cuando el acceso a la APS es dificultado o insuficiente, el niño es atendido en unidades de atención de emergencia. En cuadros graves o con potencial para complicaciones, el niño es también encaminado para los hospitales secundarios o terciarios, conforme la necesidad. Después de la hospitalización, el niño generalmente es acompañado en el ambulatorio del hospital por determinado período después del alta y encaminado para seguimiento en la APS. Entre los servicios utilizados están también aquellos de apoyo diagnóstico, como exámenes de sangre y radiografías del tórax. Se destaca la importancia de los sistemas de información para que la coordinación del cuidado del niño con neumonía posibilite tanto el diagnóstico y el tratamiento precoces como la continuidad del cuidado. Los registros de salud (como fichas médicas, informes, resultados de exámenes, instrumentos de referencia y contra referencia), sean electrónicos o impresos, posibilitan a los profesionales, que atienden niños con neumonía, conocer su histórico, los factores de riesgo y la protección a los cuales están expuestos, las enfermedades de base que pueden incrementar la probabilidad de complicaciones, las condiciones de salud, las intervenciones y los tratamientos ya realizados, evitando abordajes puntuales, dirigidos al alivio de los síntomas, sin considerar el histórico del niño.

A pesar de que los puntajes de los atributos integralidad y orientación familiar fueron considerados abajo del punto de corte, mayores valores fueron obtenidos por los controles.

En relación al atributo integralidad, los resultados apuntan diferencias entre los dos grupos en relación a los servicios prestados que, conforme ya apuntado, se refieren a las orientaciones que las madres reciben sobre la salud de sus hijos durante las consultas en el servicio de APS de referencia. Este hallazgo nos conduce a la importancia que tiene el cuidado integral a la niño, en toda y cualquier oportunidad en que se presente. El niño debe ser el enfoque de la atención de todos los profesionales que participan en su cuidado, de modo que todo contacto con él sea una oportunidad de promover salud, prevenir enfermedades e identificar precozmente señales y síntomas de las enfermedades más prevalentes en la infancia<sup>(11)</sup>.

Al tratar del atributo integralidad, es preciso considerarlo como siendo capaz de permear los modos como las prácticas son organizadas, de la fragmentación para el todo. Para esto, es necesario que los servicios de salud actúen con una postura que viabilice el cuidado ampliado<sup>(12)</sup>.

En ese contexto, la ampliación del cuidado al niño, por parte de los profesionales de APS, puede contribuir para la promoción de la salud integral de los niños, reducido factores de riesgo (como la nutrición inadecuada y las condiciones domiciliarias precarias) y potencializando factores protectores (como el amamantamiento materno y la vacunación)<sup>(21)</sup> relacionados al surgimiento o agravamiento de la neumonía en niños.

La orientación familiar de los servicios de APS se revela en el conocimiento que el profesional de salud tiene sobre las cuestiones relacionadas a la familia del niño, como salud, enfermedad y trabajo. Un estudio<sup>(22)</sup> apunta que el acompañamiento del niño a lo largo del tiempo, además de la visita domiciliar, posibilita la aproximación con las familias, lo que permite conocer y comprender los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Las condiciones socioeconómicas adversas de la familia, aliadas a la baja escolaridad de los padres, incrementan el riesgo de ocurrencia y gravedad de la neumonía en niños<sup>(23)</sup>. El grado de escolaridad de los padres está relacionado a una mejor comprensión de las prácticas de cuidados infantiles y las características socioeconómicas de las familias contribuyen para una serie de condiciones, como la aglomeración domiciliar y la alimentación inadecuada, que operan en conjunto

para el surgimiento y agravamiento de la neumonía en los niños<sup>(24)</sup>.

Considerando la atención a la salud del niño, se debe fortalecer las prácticas familiares para la promoción de la salud infantil, para prevenir perjuicios y para identificar precozmente señales de la gravedad de las enfermedades, como la neumonía<sup>(14)</sup>.

Tanto el puntaje esencial como el general no obtuvieron valores que demostrasen la fuerte presencia y extensión del conjunto de atributos de la APS. Sin embargo, ambos puntajes fueron más elevados en el grupo de controles. Se deduce, de ese resultado, la necesidad de que los profesionales de la APS operen yendo más allá de la perspectiva del manejo de casos para la prevención de las hospitalizaciones por neumonía, ya que el cuidado en el contexto de esos servicios no debe restringirse a los episodios de enfermedades. El Sistema Único de Salud (SUS) brasileño toma el concepto de salud de forma ampliada, entendiendo a sus usuarios como sujetos integrados a la familia, al domicilio y a la comunidad, objetivando la mejoría de la calidad de vida de la población por medio de la atención integral y humanitaria<sup>(25)</sup>.

Es importante destacar, como limitación del presente estudio, que la evaluación de la APS fue realizada a partir de la perspectiva del usuario, siendo necesario confirmar estos hallazgos con la evaluación bajo la perspectiva de los profesionales y administradores del SUS. Otra limitación del estudio es la inferencia sobre el papel de la APS en las hospitalizaciones de niños por neumonía sin considerar los demás factores que participan en el fenómeno durante el análisis. Fue observado, por ejemplo, que las familias de los casos poseían condiciones económicas y escolaridad inferiores a las familias de los controles, lo que podría haber contribuido para algunos resultados de este estudio, ya que esos factores participan de la ocurrencia y gravedad de la neumonía infantil. Esas limitaciones, sin embargo, no invalidan los hallazgos de esta investigación. Al contrario, señalan la necesidad de realizar otros estudios futuros, que deben considerar todos los factores que participan en la enfermedad y utilizar abordajes metodológicos adecuados al estudio simultáneo de factores de riesgo y protección para el resultado.

## Conclusión

El presente estudio permitió identificar fuerte presencia y extensión de atributos relacionados al cuidado del niño a lo largo del tiempo y de la coordinación de servicios para atender esa clientela. Entretanto, los atributos que representan la disponibilidad de servicios,

la oferta de acciones en salud y la participación de los profesionales de salud con la familia, dentro de su contexto de vida, fueron poco reconocidos por las madres, tanto de los controles como de los casos. A pesar de eso, estos atributos estuvieron presentes, en mayor extensión, entre los controles, señalizando aspectos importantes del cuidado al niño en la APS, con el objetivo de prevenir las hospitalizaciones por neumonía.

Una vez que el cálculo de los puntajes esencial y general se realiza por el promedio de los valores de los atributos presentados, es preciso estar atentos, aquí, para la ocurrencia de puntajes bajos en algunos atributos que, a su vez, llevaron a resultados finales poco satisfactorios, especialmente entre los casos.

Para un examen más profundo de lo que el instrumento PCATool permite verificar, sobre el cuidado del niño, hay que considerar, también, cada atributo en particular, para que se valore los puntos fuertes existentes dentro de los servicios de salud dirigidos para el niño y al identificar las fragilidades, sea posible indicar caminos para su perfeccionamiento.

Los conocimientos de los aspectos que circundan a los atributos de la APS y su oferta para los cuidados del niño son de extrema importancia; ellos suministran informaciones para profesionales y administradores del SUS, en una perspectiva de perfeccionar la organización de los servicios de salud.

## Referencias

1. Grijalva CG. Recognising pneumonia burden through prevention. *Vaccine*. 2009; 27(Suppl 3):6-8.
2. UNICEF (United Nations Children's Fund). The state of the world's children 2014 in numbers. Every child counts. Revealing disparities, advancing children's rights. New York: UNICEF; 2014.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Banco de dados do SUS: Mortalidade geral e específica. 2012. Morbidade hospitalar do SUS. 2013. [acesso 10 jun 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
4. Butt S, Swiatlo E. Treatment of community-acquired pneumonia in an ambulatory setting. *Am J Med*. 2011;124(4):297-300.
5. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária : a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49.



6. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2011;11(1):61-71.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Cidades. [acesso 10 jun 2014]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
9. Kringos DS, Boer WGW, Hutchinson A, Van Der See J, Groeneweg PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010;10(65):1-13.
10. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20(4):867-74.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Hoeller F, Erdmann AL. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):620-7.
13. Zickafoose JS, Decamp LR, Prosser LA. Association between enhanced access services in Pediatric Primary Care and utilization of Emergency Departments: a national parent survey. *J Pediatrics* 2013;163(5):1389-95.
14. Verissimo MDLOR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.* Barueri: Manole; 2009. p. 91-120.
15. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. A expressão de autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev Enferm UERJ.* 2011;19(3):426-31.
16. Jackson S, Mathews KH, Pulanić D, Falconer R, Rudan I, Campbell H, et al. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children – a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J.* 2013;54(2):110-21.
17. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013;17(1):133-41.
18. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(7):2033-46.
19. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2011;11(3):323-34.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. World Health Organization. Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP). Geneva: World Health Organization; 2009.
22. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(2):349-58.
23. Wonodi CB, Knoll MD, Feikin DR, DeLuca NA, Driscoll AJ, Moisi JC, et al. Evaluation of Risk Factors for Severe Pneumonia in Children: The Pneumonia Etiology Research for Child Health Study. *Clin Infect Dis.* 2012;54(2):124-31.
24. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, Gwatkin D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):1-16.
25. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(2):554-61.

Recibido: 31.8.2014

Aceptado: 17.12.2014