



Longitudinalidade do cuidado à criança na atenção primária à saúde: estudo avaliativo transversal

Continuity of care for children in primary health care: a cross-sectional evaluative study

Continuidad de la atención infantil en la atención primaria de salud: estudio evaluativo transversal

Tamires Carolina Silva¹ , Fabiana Nascimento Lopes² , Isabella Duarte Branquinho¹ ,
Fernanda Faria Serra Maciel¹ , Selma Maria da Fonseca Viegas¹ ,
Celeste da Cruz Meirinho Antão³ , Fernanda Moura Lanza¹ 

Informações do Artigo:
Recebido em: 25/03/2026
Aceito em: 08/06/2026

Autor correspondente:
Fernanda Moura Lanza.
fernandalanza@ufsj.edu.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença e a extensão do atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança em um município de Minas Gerais, segundo a experiência dos cuidadores. **Métodos:** Estudo avaliativo, transversal, realizado em 29 equipes da Atenção Primária à Saúde. Participaram 389 cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade. Os dados foram coletados por meio do *Primary Care Assessment Tool* – Brasil, versão criança, e analisados por estatística descritiva e inferencial, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** Os escores geral e essencial apresentaram alta orientação para a APS. O atributo longitudinalidade apresentou escore satisfatório (6,7), evidenciando vínculo entre cuidadores e profissionais, especialmente com o enfermeiro e com o residente de enfermagem. Foram identificadas fragilidades em alguns itens que compõem o escore. Observou-se associação entre maior grau de afiliação ao serviço e melhores escores de longitudinalidade. **Conclusão:** A longitudinalidade do cuidado à criança apresentou alta orientação para a APS, embora persistam desafios. Os resultados fornecem subsídios para o fortalecimento da organização dos serviços e da qualidade da atenção à saúde da criança.

DESCRIPTORES:

Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Criança.

¹ Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

² Hospital Sírio Libanês. São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, Portugal.



ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence and extent of the longitudinality attribute of Primary Health Care in child health care in a municipality in Minas Gerais, Brazil, according to caregivers' experiences. **Methods:** A cross-sectional evaluative study conducted in 29 Primary Health Care teams. A total of 389 caregivers of children aged zero to two years participated. Data were collected using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), Child Edition, and analyzed through descriptive and inferential statistics, adopting a significance level of 5%. **Results:** The overall and essential scores showed a high orientation toward Primary Health Care. The longitudinality attribute presented a satisfactory score (6.7), indicating a strong bond between caregivers and health professionals, particularly nurses and nursing residents. Weaknesses were identified in some items composing the score. A higher degree of affiliation with the service was associated with better longitudinality scores. **Conclusion:** Longitudinality of child care showed a high orientation toward Primary Health Care, although challenges remain. The findings provide evidence to support the strengthening of service organization and the quality of child health care.

DESCRIPTORS:

Health; Primary Health Care; Health Evaluation; Quality of Health Care; Child.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la presencia y la extensión del atributo longitudinalidad de la Atención Primaria de Salud en la atención a la salud infantil en un municipio de Minas Gerais, Brasil, según la experiencia de los cuidadores. **Métodos:** Estudio evaluativo de corte transversal realizado en 29 equipos de Atención Primaria de Salud. Participaron 389 cuidadores de niños de cero a dos años de edad. Los datos se recolectaron mediante el *Primary Care Assessment Tool*-Brasil, versión infantil, y se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial, adoptándose un nivel de significación del 5%. **Resultados:** Las puntuaciones general y esencial mostraron una alta orientación hacia la Atención Primaria de Salud. El atributo longitudinalidad presentó una puntuación satisfactoria (6,7), evidenciando vínculo entre los cuidadores y los profesionales de salud, especialmente con los enfermeros y los residentes de enfermería. Se identificaron debilidades en algunos de los ítems que componen la puntuación. Se observó una asociación entre un mayor grado de afiliación al servicio y mejores puntuaciones de longitudinalidad. **Conclusión:** La longitudinalidad de la atención infantil presentó una alta orientación hacia la Atención Primaria de Salud, aunque persisten desafíos. Los resultados aportan evidencia para fortalecer la organización de los servicios y la calidad de la atención a la salud infantil.

DESCRIPTORES:

Salud; Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud; Calidad de la Atención de Salud; Niño.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da criança é tema prioritário nos debates nacionais e internacionais sobre saúde e desenvolvimento. Nesse contexto, ela foi incluída entre os objetivos e metas estabelecidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e retomada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável instituídos pela Organização das Nações Unidas como parte da Agenda 2030⁽¹⁾.

Em consonância com essas diretrizes, observam-se avanços importantes na saúde da criança, principalmente em indicadores relacionados à mortalidade infantil⁽²⁾. No Brasil, entre 1990 a 2015, a taxa de mortalidade infantil reduziu de 47,1 para 13,3 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2016, houve um aumento para 14 óbitos por mil nascidos vivos, seguido de retorno aos níveis anteriores entre 2017 e 2019⁽³⁾. O monitoramento regular desses indicadores desempenha um papel primordial na avaliação de

políticas públicas, no subsídio à tomada de decisão dos gestores e no enfrentamento de desigualdades, o que contribui para o avanço em direção às metas globais^(2,4).

No início dos anos 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve uma mudança de paradigma nas políticas de saúde, marcada pela implementação do Programa Saúde da Família em 1994, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Evidências indicam que municípios com alta cobertura de ESF apresentam maior utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e melhorias aceleradas nos indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, ampliação do acesso aos serviços de saúde e redução da desnutrição⁽⁵⁾.

Contudo, surgiram novos desafios ao longo desse percurso, como a persistência de disparidades regionais e socioeconômicas, o aumento da obesidade na infância⁽⁶⁾, as desigualdade em saúde e na cobertura vacinal em diferentes contextos sociais e entre países⁽⁷⁾. Além disso, problemas antigos persistem, como a alta prevalência de sífilis congênita e a morbimortalidade de crianças menores de cinco anos por causas sensíveis à APS⁽⁸⁾, bem como as dificuldades na implementação de ações intersectoriais para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Quanto à efetividade da APS na saúde da criança, seus atributos podem ser classificados em essenciais e derivados. Os atributos essenciais compreendem o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado; os derivados referem-se à orientação familiar e comunitária e à competência cultural⁽⁹⁻¹¹⁾. Observa-se que os serviços de APS no Brasil são heterogêneos quanto à presença e à extensão desses atributos na atenção à criança, indicando que a integralidade da atenção ainda constitui um processo em construção, que requer avanços e tem encontrado terreno mais fértil nos serviços da ESF⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, evidencia-se que o conhecimento sobre a presença e extensão dos atributos da APS na saúde da criança representa uma fonte valiosa de informação para os profissionais e gestores do SUS, contribuindo para a organização do serviço e o aprimoramento do cuidado. Nesse contexto, questiona-se: qual é a presença e a extensão do atributo longitudinalidade na assistência à saúde da criança em serviços de APS segundo a experiência dos cuidadores?

OBJETIVO

Avaliar a presença e a extensão do atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança em um município de Minas Gerais, segundo a experiência dos cuidadores.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo com delineamento transversal. Esse tipo de estudo busca, por meio da análise dos processos ou resultados de um serviço de saúde, determinar sua eficácia,

efetividade e eficiência a partir de medidas quantificáveis⁽¹²⁾.

O referencial metodológico adotado foi o modelo de avaliação de Donabedian⁽¹³⁾, que se organiza em três categorias: estrutura, processo e resultado. O referencial teórico foi constituído pelos atributos da APS proposto por Starfield⁽¹⁴⁾, definidos como atributos essenciais - acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação; e atributos derivados - orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Local do estudo e período

O estudo foi realizado em um município localizado na região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil. À época da coleta de dados, o município possuía 42 unidades de APS, das quais 32 caracterizam-se como equipes de Saúde da Família (eSF) e 10 como equipes de Atenção Básica (eAB)⁽¹⁵⁾.

Foram definidas como cenário do estudo todas as unidades da eSF da zona urbana com mais de um ano de funcionamento e que ofereciam, rotineiramente, à população adscrita, consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a dois anos de idade, totalizando 29 unidades. A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2019.

População e amostra

A população do estudo foi composta por cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade cadastradas nas eSF incluídas no estudo. Em 2017, conforme os dados do Sistema Integrado de Saúde fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, havia 3.966 crianças nessa faixa etária cadastradas nos serviços de APS.

Para estimar o tamanho da amostra, considerou-se nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e prevalência de 50% para o evento estudado (ter a eSF como principal fonte de cuidado da criança), resultando em uma amostra mínima de 321 participantes.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos cuidadores principais (responsáveis pelo cuidado contínuo da criança) que apresentassem condições mínimas de compreensão para responder aos questionários e que já tivessem levado a criança para atendimento na eSF ao menos uma vez. Foram excluídos cuidadores com idade inferior a 18 anos.

Coleta de dados

A seleção dos participantes foi realizada por amostragem por conveniência. Os pesquisadores compareceram às unidades de saúde em dias e horários previamente definidos, nos quais havia consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança agendadas com o médico ou com o enfermeiro. Todos os cuidadores que compareceram à unidade de saúde acompanhados da

criança, seja para consulta ou para outras demandas (como imunização, avaliação odontológica e outros), foram convidados a participar do estudo, respeitando os critérios de seleção.

Conforme a orientação do Manual do Instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil)⁽¹⁵⁾, foi utilizada a seguinte pergunta para identificação do cuidador principal da criança: “*Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde do(a).....(nome da criança)*”?

A coleta de dados foi realizada por meio do PCATool-Brasil, versão criança⁽¹⁵⁾, instrumento elaborado por Starfield⁽¹⁴⁾ nos Estados Unidos da América e validado para o Brasil por Harzheim⁽¹⁶⁾. O instrumento é fundamentado no marco teórico da APS e no modelo de avaliação de Donabedian⁽¹³⁾.

O PCATool-Brasil, versão criança, é composto por 55 itens distribuídos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. Os itens são estruturados em escala *Likert*, permitindo a construção de escores com intervalo de 1 a 4 para cada atributo. O escore final de cada atributo corresponde a média das respostas de seus itens que o compõem. A escala é de domínio público e sua versão em português é disponibilizada pelo Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾.

Análise dos dados

Todos os dados coletados foram inseridos e analisados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23. Realizou-se se dupla entrada dos dados para controle de qualidade e verificação de inconsistências.

Foram aplicadas medidas descritivas adequadas à natureza das variáveis estudadas (quantitativas e qualitativas). Foram aplicadas medidas descritivas adequadas à natureza das variáveis estudadas (quantitativas e qualitativas). A distribuição dos dados foi avaliada por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Na análise inferencial, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes, adotando-se nível de significância de 5%.

As respostas dos itens do PCATool foram registradas em escala *Likert*: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). Os escores dos atributos e de seus componentes foram calculados por meio da média dos valores atribuídos aos itens correspondentes.

Para o cálculo dos escores, foram seguidos os seguintes passos:

1º Passo. Realizou-se a inversão dos valores dos itens C2, C4, C5 e D10, por serem formulados de modo que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Assim, os valores foram invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo. Quando a soma das respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), o escore desse

componente não foi calculado para o entrevistado, permanecendo com “missing” no banco de dados. Quando essa soma foi inferior a 50% do total de itens do componente, o valor “9” foi transformado para o valor “2” (“provavelmente não”)⁽¹⁵⁾.

3º Passo. Para os atributos acesso de primeiro contato – utilização (B), acesso de primeiro contato – acessibilidade (C), longitudinalidade (D), coordenação - integração de cuidados (E); coordenação - sistema de informações (F); integralidade - serviços disponíveis (G); integralidade - serviços prestados (H); orientação familiar (I) e orientação comunitária (J), o escore médio foi obtido pela soma dos escores dos itens dividida pelo número de itens do respectivo componente. Considerou-se a inversão dos itens C2, C4, C5 e D10, conforme descrito anteriormente. O item E1 não foi incluído no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo⁽¹⁵⁾.

4º Passo. Foram calculados os escores essencial, derivado e geral da APS. O escore essencial foi calculado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, acrescida do grau de afiliação, dividida pelo número de componentes $(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$. O escore derivado foi obtido pela soma do escore médio dos componentes pertencentes aos atributos derivados, dividido pelo número de componentes $(I + J) / 2$. O escore geral foi calculado pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais, do grau de afiliação e dos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes $(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$.

Aspectos éticos

Todas as informações utilizadas nesta pesquisa foram tratadas em conformidade com as diretrizes e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFSJ, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 02561118.0.0000.5545 e parecer nº 3.090.646.

RESULTADOS

Participaram do estudo 389 cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, dos quais 339 (79,1%) apresentaram afiliação com o serviço de APS. Entre os participantes, a maioria era composta por mães (87,3%), com idade média de 29,7 ($\pm 8,9$) anos. Quanto à situação ocupacional, 187 (55,2%) encontravam-se desempregados no momento da entrevista, e o tempo médio de estudo foi de 9,0 ($\pm 2,6$) anos. Em relação às crianças, 190 (56%) eram do sexo masculino; 95 (28%) possuíam plano de saúde; 219 (64,6%) tiveram acompanhamento pré-natal materno na ESF e 272 (80,2%) nunca haviam sido hospitalizadas.

Quanto ao grau de afiliação à APS, 5 (1,5%) participantes apresentaram grau de afiliação 1; 45 (13,3%) grau de afiliação 2; já o grau de afiliação 3 adequaram-se a 105 participantes (31%); e o grau de afiliação 4 a 184 cuidadores (54,2%). Em relação ao profissional da APS ao qual o cuidador referiu vínculo, têm-se que 248 (73,2%) participantes possuem vínculo com o enfermeiro; seguido do médico (n=41, 12,1%); residente de enfermagem (n=35, 10,3%); médico e o enfermeiro (n=12, 3,5%) e com o técnico de enfermagem (n=2, 0,6%).

A Tabela 1 apresenta os escores dos atributos da APS, bem como os escores geral, essencial e derivado. Destaca-se o desempenho satisfatório da APS no escore geral e essencial, e a baixa orientação para a APS (< 6,6) no escore derivado, assim como para os atributos acessibilidade, integralidade serviços disponíveis e orientação comunitária.

Tabela 1. Descrição dos escores geral, essencial e derivado e por atributos de orientação da APS na saúde da criança, segundo a experiência de cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade. Município do estado de Minas Gerais, Brasil, 2019.

Atributo da APS	Mínimo/Máximo	Média/DP	% alto escore (n)
Acesso de Primeiro Contato	0,0 ----- 10	7,7 (±2,1)	79,9 (271)
Acesso de primeiro contato - acessibilidade	0,5 ----- 10	6,2 (±2,1)	50,7 (172)
Longitudinalidade	2,6 ----- 9,2	6,7 (±1,2)	59,6 (202)
Coordenação - Integração de Cuidados	0,0 ----- 10	6,8 (±2,9)	25,4 (86)
Coordenação - Sistema de Informações	0,1 ----- 10	8,1 (±1,8)	86,7 (294)
Integralidade dos Serviços Disponíveis	1,4 ----- 10	5,9 (±1,7)	36,9 (125)
Integralidade dos Serviços Prestados	0,0 ----- 10	7,8 (±2,4)	74,9 (254)
Orientação Comunitária	0,8 ----- 10	5,8 (±2,0)	41,0 (139)
Orientação Familiar	0,0 ----- 10	6,9 (±2,6)	66,7 (226)
Escore Essencial	3,7 ----- 9,6	7,2 (±1,1)	71,7 (243)
Escore Derivado	0,9 ----- 10	6,4 (±1,9)	48,7 (165)
Escore Geral	3,6 ----- 9,6	7,0 (±1,1)	66,1 (224)

O atributo longitudinalidade apresentou escore médio de 6,7 (tabela 1), situando-se próximo ao ponto de corte para alta orientação à APS ($\geq 6,6$). Considerando sua relevância para a qualidade e a continuidade do cuidado à criança, realizou-se análise detalhada dos itens que o compõem, cujos resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Descrição dos escores dos itens do atributo longitudinalidade segundo a experiência de cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade. Município do estado de Minas Gerais, Brasil, 2019.

Itens do atributo Longitudinalidade	Mínimo/Máximo	Média/DP	% alto escore (n)
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	0,0 ----- 10	7,3 (± 3,3)	76,7 (260)
D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico/ enfermeiro que melhor conhece sua criança?	0,0 ----- 10	5,8 (±3,7)	58,1 (197)
D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	0,0 ----- 10	9,1 (±1,8)	96,8 (328)
D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	0,0 ----- 10	9,2 (±1,6)	97,6 (331)
D5 - O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	0,0 ----- 10	9,1 (±2,0)	94,4 (320)
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao médico/enfermeiro?”	0,0 ----- 10	8,9 (±2,2)	94,1 (319)
D7 – O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde? (Explicação: sabe onde mora, se estuda, quais são os outros membros da família...)	0,0 ----- 10	6,3 (±3,7)	65,2 (221)
D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança? (Explicação: sabe se nasceu prematuro ou não, se já precisou internar, o histórico alimentar...)	0,0 ----- 10	7,7 (±3,2)	80,2 (272)
D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	0,0 ----- 10	7,3 (±3,4)	76,1 (258)
D10 - Você mudaria do “nome do serviço de saúde” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	0,0 ----- 10	3,7 (±3,8)	31,0 (105)
D11 - Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem? (Explicação: sabe quem são os membros da família, quem trabalha e onde...)	0,0 ----- 10	4,8 (±3,8)	47,8 (162)
D12 — O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família? (Explicação: sabe se alguém tem doença crônica, se tem algum membro acamado, que necessite de atenção especializada...)	0,0 ----- 10	5,3 (±3,8)	51,9 (176)
D13 — O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	0,0 ----- 10	3,8 (±3,7)	34,2 (116)
D14 — O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	0,0 ----- 10	5,7 (±3,7)	56,3 (191)
Escore do atributo longitudinalidade	2,6 ----- 9,2	6,7 (±1,2)	59,6 (202)

Destaca-se baixo desempenho dos itens D2, D7, D10, D11, D12, D13 e D14. Em seguida, a Tabela 3 descreve os escores dos itens do atributo longitudinalidade estratificado pelo grau de afiliação dos cuidadores ao serviço de APS.

Tabela 3. Descrição dos escores dos itens do atributo longitudinalidade segundo a experiência de cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade estratificado pelo grau de afiliação ao serviço de APS. Município do estado de Minas Gerais, Brasil, 2019.

Itens do Atributo Longitudinalidade	Afiliação 1	Afiliação 2	Afiliação 3	Afiliação 4	p valor*
D1. Quando você vai ao “ <i>nome do serviço de saúde</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	5,18	5,55	7,74	7,70	≤0,001
D2 – Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico/enfermeiro que melhor conhece sua criança?	3,70	5,79	6,09	5,82	0,329
D3 – Você acha que o “ <i>médico/enfermeiro</i> ” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	7,40	8,73	8,95	9,38	0,024
D4 – O(a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	8,88	8,96	9,26	9,39	0,158
D5 – O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	8,51	9,44	8,92	9,21	0,405
D6 – Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao <i>médico/enfermeiro</i> ?”	7,77	8,73	8,76	9,25	0,290
D7 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	4,07	5,15	5,87	7,03	0,002
D8 – O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	5,92	6,34	7,74	8,16	0,010
D9 – O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	5,92	5,39	7,23	7,86	≤0,001
D10 – Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4,44	4,04	3,87	3,55	0,709
D11 – Você acha que o (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua família bastante bem?	6,66	6,11	5,26	4,15	0,004
D12 — O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	3,33	3,88	4,82	6,01	≤0,001
D13 — O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	2,96	2,22	3,61	4,44	0,002
D14 — O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	3,33	5,23	5,52	6,10	0,093
Escore do Atributo Longitudinalidade	5,58	6,11	6,69	7,0	≤0,001

*teste Kruskal-Wallis de Amostras Independentes

A Tabela 4 apresenta a média dos escores dos itens do atributo longitudinalidade segundo o vínculo do cuidador com o profissional da APS.

Tabela 4. Descrição dos escores dos itens do atributo longitudinalidade segundo a experiência de cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade estratificado pelo vínculo do cuidador com o profissional da APS. Município do estado de Minas Gerais, Brasil, 2019.

Itens do Atributo Longitudinalidade	Enfermeiro	Residente de Enfermagem	Médico	Médico e Enfermeiro	p valor
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	7,6 (±3,2)	7,2 (±3,1)	6,7 (±3,5)	4,4 (±4,1)	0,020
D2 – Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico/ enfermeiro que melhor conhece sua criança?	5,7 (±3,7)	7,8 (±3,2)	4,8 (±3,7)	4,7 (±4,1)	0,005
D3 – Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	9,1 (± 1,8)	9,5 (±1,1)	8,5 (±2,3)	9,4 (±1,2)	0,207
D4 – O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	9,2 (±1,6)	9,4 (±1,5)	8,9 (±2,1)	10,0 (±0,0)	0,329
D5 – O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	9,0 (±2,1)	9,7 (±1,2)	9,1 (±2,2)	10,0 (±0,0)	0,053
D6 – Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/enfermeiro”?	8,9 (±2,2)	9,4 (±1,5)	8,5 (±2,9)	9,7 (±0,9)	0,469
D7 – O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	6,4 (±3,6)	8,0 (±2,9)	4,9 (±4,0)	4,7 (±3,6)	0,002
D8 – O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	7,7 (±3,2)	8,5 (±2,5)	7,4 (±3,7)	6,6 (±3,7)	0,329
D9 – O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?	7,1 (±3,5)	8,1 (±2,7)	7,0 (±3,7)	7,7 (±3,2)	0,415
D10 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	3,7 (±3,8)	2,7 (±3,2)	4,9 (±3,8)	2,7 (±3,4)	0,100
D11 – Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?	4,6 (±3,7)	4,2 (±4,0)	6,1 (±3,9)	4,4 (±4,7)	0,041
D12 — O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	5,3 (±3,8)	5,6 (±3,8)	4,7 (±4,0)	5,8 (±4,2)	0,829
D13 — O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4,0 (±3,7)	4,8 (±3,9)	2,7 (±3,4)	3,0 (±3,0)	0,054
D14 — O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	5,6 (±3,7)	6,5 (±2,8)	5,4 (±4,1)	5,2 (±4,1)	0,778
Escore do Atributo Longitudinalidade	6,7 (±1,2)	7,2 (±1,0)	6,4 (±1,3)	6,3 (±0,9)	0,017

DISCUSSÃO

A maioria dos cuidadores referiu boa afiliação à equipe da APS, o que sugere que a APS é reconhecida como a principal fonte de cuidado à saúde da criança no território. Esse resultado indica que os usuários identificam a unidade de saúde como referência para o atendimento de suas necessidades, favorecendo o estabelecimento de vínculos duradouros entre profissionais e famílias. Um serviço pode ser reconhecido como prestador de cuidados primários ao apresentar os quatro atributos essenciais da APS, enquanto sua capacidade de qualificar a atenção aumenta ao agregar os atributos derivados⁽¹⁰⁾.

Neste estudo, os escores geral e essencial apontaram para alta orientação da APS, enquanto o escore derivado apresentou baixa orientação. Isso indica que, no cenário estudado, a APS mostra-se consistente no que se refere à assistência à saúde da criança menor de dois anos, ou seja, possui os atributos necessários para uma APS forte. Esse resultado pode estar relacionado à elevada afiliação dos cuidadores à APS e à consolidação do acompanhamento das crianças nas eSF, favorecendo a continuidade do cuidado ao longo do tempo. Corroborando com esses resultados, um estudo realizado em um município da região sudeste do Brasil evidenciou escores essenciais e gerais mais elevados na avaliação de crianças na primeira infância⁽¹⁷⁾.

No entanto, ainda são necessários avanços nos aspectos que compõem os atributos derivados, de modo a qualificar o cuidado ofertado a essa população. Para a saúde da criança, o fortalecimento da orientação familiar e comunitária⁽¹¹⁾ pode favorecer o reconhecimento das necessidades de saúde no contexto em que a criança está inserida, ampliar a participação das famílias no processo de cuidado e fortalecer a articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, contribuindo para ações mais integrais e responsivas às necessidades locais⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, a longitudinalidade apresentou alta orientação para a APS, o que indica capacidade do serviço em garantir acompanhamento contínuo da criança ao longo do tempo. Esse resultado diverge de um estudo realizado na região sudeste do Brasil, que evidenciou escores inferiores para esse atributo, com médias de 5,7 para crianças menores de três anos e 5,2 para maiores⁽¹⁷⁾, ambos indicando um baixo desempenho da APS nesse componente. Essa diferença pode refletir heterogeneidades na organização da APS e desigualdades entre diferentes cenários do país, especialmente no que se refere à estabilidade das equipes e à cobertura da ESF⁽¹⁹⁾.

Na saúde da criança, a longitudinalidade favorece a construção de uma relação contínua entre famílias e equipe de saúde, criando oportunidades para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e apoio às práticas parentais. Além disso, contribui para a identificação precoce de agravos e para a implementação de intervenções mais oportunas e efetivas^(18,20). Ao fortalecer o acompanhamento contínuo e a capacidade de resposta dos serviços às necessidades das

crianças e de suas famílias⁽¹⁸⁾, a longitudinalidade também pode contribuir para a redução de agravos evitáveis e de internações por condições sensíveis à APS, reconhecidas como importantes indicadores da efetividade da atenção primária⁽¹⁴⁾.

Apesar do elevado escore de longitudinalidade observado neste estudo, a análise dos itens que compõem esse atributo revelou fragilidades relacionadas à comunicação entre usuários e equipe de saúde por meio do telefone e de outras ferramentas digitais, o que sugere fragilidades na utilização de tecnologias de comunicação no cotidiano de trabalho. Resultado semelhante foi identificado em estudo realizado no Paraná, no qual esse componente também apresentou baixo desempenho, sugerindo limitações das equipes de APS na incorporação de recursos tecnológicos voltados à comunicação com os usuários⁽²¹⁾.

Nesse contexto, a incorporação de tecnologias digitais constitui uma estratégia promissora para o fortalecimento da longitudinalidade ao ampliar as possibilidades de comunicação entre usuários e equipes de saúde, favorecer o acompanhamento das crianças entre as consultas presenciais e possibilitar orientações oportunas às famílias diante de dúvidas ou intercorrências. Estudo de revisão identificou que intervenções digitais, como telemedicina, aplicativos de mensagens, aplicativos para monitoramento das condições de saúde e ferramentas de coordenação do cuidado podem fortalecer a APS ao ampliar a interação entre usuários, profissionais e gestores, favorecendo o acesso à informação e a continuidade do acompanhamento em saúde⁽²²⁾. Além disso, a pandemia de COVID-19 acelerou a utilização de tecnologias na APS, que passaram a ser adotadas como estratégia para garantir a continuidade dos cuidados em saúde⁽²³⁻²⁴⁾, especialmente em grupos prioritários, como crianças e adolescentes⁽²⁵⁾.

Outro aspecto que merece destaque refere-se à percepção dos cuidadores de que médicos e enfermeiros nem sempre reconhecem a criança para além de seu problema de saúde. Esse achado sugere a persistência de práticas ainda fortemente influenciadas pelo modelo biomédico, centrado na doença e em seus aspectos biológicos. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado na região Sudeste do Brasil, no qual esse componente também apresentou escore insatisfatório⁽²¹⁾. Na atenção à saúde da criança, a compreensão das condições familiares, sociais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença é fundamental para a oferta de um cuidado integral e orientado às necessidades reais das famílias⁽²⁶⁾.

Esses resultados podem estar associados a limitações na formação profissional, especialmente quanto aos princípios da APS e à elevada rotatividade dos profissionais de saúde nos serviços, fatores que dificultam a consolidação de práticas orientadas pelo conceito ampliado de saúde⁽²⁷⁻²⁹⁾. Nesse sentido, torna-se necessário fortalecer a formação de recursos humanos comprometidos com os princípios do SUS⁽³⁰⁾ e com abordagens centradas na criança e em sua família⁽²⁶⁾.

Por outro lado, os elevados escores observados nos demais componentes da longitudinalidade indicam que a APS tem desempenhado papel relevante na construção de vínculos entre profissionais e usuários. Esse vínculo favorece relações de confiança, amplia o conhecimento dos profissionais sobre as necessidades das famílias e contribui para a continuidade do acompanhamento ao longo do tempo⁽¹⁴⁾. Dessa forma, as tecnologias leves constituem elementos centrais do processo de trabalho na APS, pois fortalecem o acolhimento, a escuta qualificada e a corresponsabilização pelo cuidado, aspectos essenciais para a consolidação da longitudinalidade⁽²⁷⁾.

A análise da longitudinalidade segundo o grau de afiliação à APS evidenciou que os cuidadores com maior vínculo ao serviço apresentaram escores significativamente mais elevados em diversos componentes desse atributo. Esses resultados reforçam que a afiliação à APS transcende a simples utilização do serviço, refletindo uma relação contínua e de confiança entre famílias e profissionais de saúde⁽¹⁴⁾. Quanto maior a identificação da unidade de APS como fonte habitual de cuidado, maiores são as oportunidades para o conhecimento acumulado do paciente e de seu contexto familiar, elemento central para a consolidação da longitudinalidade e para a oferta de cuidados mais integrais e resolutivos⁽³¹⁾.

A análise dos escores segundo o profissional de referência revelou que os cuidadores estabeleceram vínculo predominantemente com os profissionais de enfermagem, com destaque para o enfermeiro da eSF, seguido pelo residente de enfermagem. O vínculo com esses profissionais sugere sua relevância para a construção de relações duradouras entre os serviços de saúde e as famílias, elemento fundamental para a longitudinalidade do cuidado⁽¹⁴⁾.

Esse resultado é compatível com a organização do processo de trabalho na APS brasileira, na qual o enfermeiro desempenha papel central no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, nas ações educativas, nas visitas domiciliares e na coordenação do cuidado⁽²⁰⁾. Nessa perspectiva, o enfermeiro abrange o cuidado individual e coletivo, bem como a gestão do cuidado, a resolução de problemas relacionados às necessidades dos usuários e de suas famílias e a resposta às necessidades sociais⁽¹⁸⁾.

Destaca-se que os residentes de enfermagem apresentaram os maiores escores em componentes relacionados à comunicação com os cuidadores e ao reconhecimento da criança para além de seu problema de saúde, além do maior escore global de longitudinalidade. Esses achados sugerem potencial contribuição da residência para o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado na APS. Embora esses resultados devam ser interpretados com cautela, em razão do menor número de participantes vinculados a essa categoria profissional, uma possível explicação reside no processo formativo da residência, que favorece a integração entre teoria e prática e estimula a adoção de abordagens alinhadas aos princípios da APS⁽³⁰⁾. A formação em serviço pode contribuir para a diminuição

da centralidade do modelo biomédico⁽³⁰⁾ e para o fortalecimento de práticas centradas nas necessidades das crianças e de suas famílias, favorecendo a construção de vínculos e a continuidade do cuidado⁽²¹⁾.

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. Entre elas, destaca-se a avaliação apenas de unidades da APS da zona urbana e a utilização de amostra por conveniência, o que pode ter introduzido viés de seleção, uma vez que participaram apenas os usuários que compareceram aos serviços de saúde nos dias e horários definidos para a coleta de dados. Além disso, por se tratar de informações autorreferidas, não se pode descartar a ocorrência de viés de memória, decorrente da capacidade dos participantes de recordar experiências prévias relacionadas ao cuidado em saúde da criança.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo contribui para a área da enfermagem ao evidenciar o papel do enfermeiro na coordenação do cuidado e na consolidação dos atributos da APS no cuidado à saúde da criança, segundo a visão dos cuidados. Os resultados podem ser usados para embasar a criação de estratégias voltadas para o fortalecimento e melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A longitudinalidade do cuidado à criança apresentou alta orientação para a APS no município estudado, evidenciando a capacidade dos serviços em estabelecer vínculos duradouros entre profissionais, crianças e suas famílias. Entretanto, foram identificadas fragilidades relacionadas à comunicação entre usuários e equipes de saúde por meio de ferramentas digitais e ao reconhecimento da criança para além de seu problema de saúde, aspectos que podem comprometer a integralidade e a continuidade do cuidado.

Os resultados deste estudo contribuem para a avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS e para a compreensão de aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde, fornecendo subsídios para o fortalecimento dos princípios do SUS e das diretrizes da APS na atenção à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Rio de Janeiro: UNIC Rio; 2016 [citado 25 jan 2026]. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>
2. Sanjel K, Sharma SL, Gurung S, Oli MB, Singh S, Pokhrel TP. Quality of routine health facility data for

monitoring maternal, newborn and child health indicators: a desk review of DHIS2 data in Lumbini Province, Nepa. PLoS One [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 25]; 6(5): 345-352. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298101>

3. Ministério da Saúde (MS). Boletim epidemiológico: mortalidade infantil no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 28 jan 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf

4. Requejo J, Strong K, Agweyu A, Billah SKM, Boschi-Pinto C, Horiuchi S, et al. Measuring and monitoring child health and wellbeing: recommendations for tracking progress with a core set of indicators in the Sustainable Development Goals era. Lancet Child Adolesc Health [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 30]; 6(5): 345-352. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(22\)00039-6](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00039-6)

5. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [cited 2026 Jan 02]; 23(6):1915-1928. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>

6. D'Avino A, Carrasco-Sanz A, Latino AL, Pastore M, Giardino I, Pettoello-Mantovani M, et al. The persistent shadow of disparity across the Atlantic: child health determinants and policy implications in Europe and North America. Glob Pediatr [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 21]; 13(1): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gpeds.2025.100276>

7. Lyons C, Nambiar D, Johns NE, Allorant A, Bergen N, Hosseinpour AR. Inequality in Childhood Immunization Coverage: a Scoping Review of Data Sources, Analyses, and Reporting Methods. Vaccines [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 18]; 12(1): 1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/vaccines12080850>

8. Costa IBC, Pimenta IDSF, Pimenta F, Aiquoc KM, Oliveira AGRC. Congenital syphilis, syphilis in pregnancy and prenatal care in Brazil: an ecological study. PLoS One [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 15]; 19(6): 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306120>

9. Celino SDM, Albuquerque Filho NJB, Gomes MNC, Costa GMC, Mendonça AEO. Evaluation of primary health care by users during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 15]; 18(9): 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292039>

10. Ministério da Saúde (MS). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 15 mar 2026]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf

11. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 [citado 15 fev 2026]; 21(9): 2961-2973. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
12. Gordis L. Epidemiologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
13. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA [Internet]. 1988 [cited 2026 Feb 15]; 260(12): 1743-1748. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
14. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
15. Ministério da Saúde (MS). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool - PCATool - Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 15 mar 2026]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf
16. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saude Publica [Internet]. 2006 [citado 15 fev 2026]; 22(8): 1649-1659. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
17. Omori LHM, Avigo D, Santos IS, Gusso GDF, Fernandes MTB. Comparative analysis of primary health care attributes between children under and over 3 years of age using the primary care assessment tool. Clinics [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 23]; 79(1): 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100353>
18. Mello DF de, Furtado MC de C, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [citado 04 jun 2026];65(4):675–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400018>
19. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med [Internet]. 2015 [cited 2026 Jun 04];372(23):2177-81. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26039598>
20. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 2018 [citado 04 jun 2026];8:e2753. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2753>
21. Oliveira VC, Veríssimo MLOR. A prática da longitudinalidade no atendimento à saúde da criança:

- comparação entre modelos assistenciais distintos. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2015 [citado 04 jun 2026];20(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35233>
22. Fava VMD, Lapão LV. Provision of Digital Primary Health Care Services: Overview of Reviews. *J Med Internet Res.* [Internet] 2024 [cited 2026 Jun 04];26:e53594. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/53594>
23. Silva TC, Damásio KGP, Cândido BVP, Santos LJ, Quites HFO. Use of technologies in primary health care during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 23]; 6(4): 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RVI25.52.42031>
24. Nascimento LC, Silva TC, Tafner DPOV, Oliveira VJ, Viegas SMF. The pandemic changes daily life and ways of living: technosociality and user/families experiences. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 18]; 76(1): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0177>
25. Weber MW, Jullien S, Redlich C, Hall J, Carai S. Improving primary health care for children and adolescents in Europe. *Glob Pediatr* [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 18]; 9(1): 1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gped.2024.100194>
26. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 04 jun 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf
27. Rojas CFN, Pio DAM, Nonato AC. Understanding child development and care integrality: primary health care doctors and nurses' view. *Child Dev Prim Health Care* [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 18]; 42(1): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2023127>
28. Sinsky CA, Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sabety AH, Carlasare LE, West CP. Health care expenditures attributable to primary care physician overall and burnout-related turnover: a cross-sectional analysis. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 10]; 97(4): 693-702. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.09.013>
29. Sabety AH, Jena AB, Barnett ML. Changes in health care use and outcomes after turnover in primary care. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 10]; 181(2): 186-194. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.6288>
30. Silva JF, Fonseca DF, Silva J, Viegas SMF, Lanza FM. O cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família: entre o real e o ideal. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2019 [citado 23 mar 2026]; 9(1): 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3488>
31. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do

cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. Acta paul enferm [Internet]. 2019 [citado 04 jun 2026];32(2):186–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>

Agradecimentos: Não há.

Financiamento: Esta pesquisa foi financiada em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - código de financiamento 001, e pelo Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Federal de São João del-Rei - Edital nº 003/2019/PROPE.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho da pesquisa: Isabella Duarte Branquinho; Fernanda Moura Lanza. Obtenção de dados: Isabella Duarte Branquinho. Análise e interpretação dos dados: Isabella Duarte Branquinho; Fernanda Moura Lanza. Redação do manuscrito: Tamires Carolina Silva; Fabiana Nascimento Lopes; Isabella Duarte Branquinho; Fernanda Faria Serra Maciel; Celeste da Cruz Meirinho Antão; Fernanda Moura Lanza. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Tamires Carolina Silva; Fabiana Nascimento Lopes; Isabella Duarte Branquinho; Fernanda Faria Serra Maciel; Celeste da Cruz Meirinho Antão; Fernanda Moura Lanza.

Declaração de uso de inteligência artificial generativa: Durante a preparação deste manuscrito, os autores utilizaram o ChatGPT (OpenAI) exclusivamente para revisão de linguagem, incluindo melhorias na gramática, ortografia, clareza, legibilidade e estilo textual. Todas as decisões científicas, o conteúdo intelectual, a análise crítica, a validação das informações e a aprovação final do manuscrito foram realizadas pelos autores. Os autores assumem total responsabilidade pelo conteúdo do trabalho publicado.

Editor-chefe: André Luiz Silva Alvim 