

## Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos

First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old

Primer acceso contacto en la atención primaria para niños de 0 hasta 9 años

Jocasta Maria Oliveira Morais<sup>1</sup>; Cintia Mikaelle Cunha de Santiago Nogueira<sup>2</sup>; Fátima Raquel Rosado Morais<sup>3</sup>

Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da atenção primária à saúde do município de Mossoró/RN. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

### Como citar este artigo:

Morais JMO; Nogueira CMCS; Morais FRR. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):848-856. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.848-856>

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the follow-up of the principle of primary care access first contact in basic family health units in health care for children from zero to nine. **Methods:** descriptive study with cross-sectional design and quantitative analysis of data held in eight Family Health Basic Units (BFHU) Mossoró/RN. For data collection was used questionnaire validated in Brazil called the Primary Care Assessment Tool in the children's version (child PCATool). The instrument was applied to the mothers of children enrolled in the coverage areas of health teams selected for the research. **Results:** It is considered fundamental rethink aspects that have proven insufficient to ensure the presence and extent of the first contact Access attribute in BFHU's surveyed. **Conclusion:** Improvements require changes in both structural and process elements to deliver primary health care quality that is proposed since its inception.

**Descriptors:** Attention to children's health, Primary Health Care, Login first contact.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [jocasta-enfermagem@hotmail.com](mailto:jocasta-enfermagem@hotmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [cintiamikaelle@gmail.com](mailto:cintiamikaelle@gmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Universidade Federal da Paraíba. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do norte, departamento de Enfermagem. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [frm@bol.com.br](mailto:frm@bol.com.br).

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar o seguimento do princípio da atenção primária acesso de primeiro contato, em unidades básicas de saúde da família, no cuidado de saúde para crianças de zero a nove anos. **Métodos:** Pesquisa descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa dos dados, realizada em oito Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Mossoró/RN. Para coleta de dados utilizou-se questionário validado no Brasil denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na versão infantil (PCATool infantil). O instrumento foi aplicado com as mães das crianças cadastradas nas áreas de abrangência das equipes de saúde selecionadas para a pesquisa. **Resultados:** Considera-se fundamental repensar os aspectos que se mostraram insuficientes para garantir a presença e extensão do atributo Acesso de Primeiro Contato nas UBSFs pesquisadas. **Conclusão:** As melhorias requerem mudanças tanto em elementos estruturais e processuais para oferecerem Atenção Primária à Saúde na qualidade que se propõe desde a sua criação.

**Descritores:** Atenção à saúde da criança, Atenção Primária à Saúde, Acesso de primeiro contato.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el seguimiento del principio de acceso a la atención primaria de primer contacto en unidades básicas de salud de la familia en el cuidado de la salud para los niños de cero a nueve. **Métodos:** Estudio descriptivo, con diseño transversal y análisis cuantitativo de los datos contenidos en ocho Unidades Básicas de Salud Familiar (BFHU) Mossoró/RN. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario validado en Brasil llama la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria en la versión infantil (niño PCATool). El instrumento se aplicó a las madres de los niños inscritos en las áreas de cobertura de los equipos de salud seleccionados para la investigación. **Resultados:** Se consideran aspectos replanteamiento fundamental que han demostrado ser insuficientes para garantizar la presencia y extensión del primer atributo de Acceso de contacto en BFHU de encuestados. **Conclusión:** Las mejoras requieren cambios tanto en los elementos estructurales y de procesos para ofrecer una calidad de atención primaria de salud que se propuso desde sus inicios.

**Descriptor:** Cuidado de la salud del niño, Atención primaria de salud, El primer contacto de acceso.

## INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, muito tem sido refletido na busca por mudanças no setor saúde. Destaca-se, a priori, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que passou a considerar a saúde como um direito humano fundamental.<sup>1</sup>

A I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, trouxe também conquistas importantes para essa área. Desde então, diversos países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba reorganizaram seus sistemas de saúde, priorizando uma assistência de fácil acesso, integral e continuada a ser desenvolvida junto à comunidade.<sup>2</sup>

Essa reorganização passou a apontar para práticas que delineavam a assistência baseada na Atenção Primária à Saúde (APS), configurando-se como prioridade o atendimento das necessidades de saúde dos diferentes grupos. De fato, começou a se pensar a atenção em saúde na perspec-

tiva de uma prática primária, articulada com as diferentes necessidades dos indivíduos, em detrimento de uma prática clínica, curativa e excludente.<sup>2-3</sup>

No Brasil, após a implantação do SUS, em 1991, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), marco inicial para a inserção da APS no sistema de saúde. Nessas mudanças, os serviços de saúde brasileiros se organizaram para atender as diversas demandas dos grupos sociais.<sup>4</sup>

Cabe destacar que a Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde. Caracteriza-se pela presença de quatro atributos essenciais (acesso no primeiro contato com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do sistema) e três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural), princípios que compõem a dimensão total da Atenção Primária.<sup>5</sup>

Para a Atenção primária, um serviço de saúde deve ser composto por elementos funcionais e estruturais na organização das suas ações, de modo a garantir a cobertura, o acesso universal e a atenção integral e integrada no decorrer do tempo.<sup>6</sup> Em particular, este estudo, enfoca o primeiro atributo essencial, o primeiro contato com o sistema de saúde, cuja definição implica na acessibilidade e no uso do serviço de saúde a cada novo problema, ou novo episódio de um problema, pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.<sup>5</sup>

Além disso, foca-se ainda na saúde da criança, por entender a vulnerabilidade desse grupo e pelo fato da APS ser caracterizada como fundamental para a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Nessa dimensão, o setor saúde deve ter como passos constituintes para Atenção Integral à Saúde da Criança, as seguintes ações básicas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atenção à saúde do recém-nascido, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e prevenção de violências e promoção da cultura de paz.<sup>4</sup>

Todavia, apesar de se entender todos esses aspectos, observa-se uma forte influência do modelo hegemônico no cotidiano dos serviços de saúde, a partir de práticas pontuais e curativistas. Essa forma de ação acaba por dificultar o desenvolvimento de práticas de promoção e prevenção da saúde.<sup>3</sup>

É visível ainda que a qualidade da atenção prestada ao público infantil acaba por não satisfazer as necessidades deste grupo, pela dificuldade na acessibilidade aos serviços de Atenção Primária. Por sua vez, tende a se configurar como mais um instrumento engessado, que não consegue dar resposta aos anseios da população e dos profissionais que fazem parte desta dinâmica.

Dessa forma, o presente estudo objetivou identificar o seguimento do princípio da atenção primária acesso de primeiro contato, em Unidades Básicas de Saúde da Família, no cuidado de saúde para crianças de zero a nove anos.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado em oito Unidades Básicas de Saúde da Família de Mossoró/RN, localizadas nas zonas norte, sul, leste e oeste do município. As UBSFs foram selecionadas através de sorteio, sendo que para cada zona, foram selecionadas duas unidades de saúde compostas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Enquanto instrumento para coleta de dados utilizou-se um questionário de Avaliação da Atenção Primária na versão infantil, validado no Brasil, denominado de Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil).<sup>7-8</sup> Este questionário foi proposto pelo Ministério da Saúde, composto por blocos de perguntas que correspondem aos atributos da Atenção Primária à Saúde (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar, Orientação Comunitária) e por três perguntas iniciais que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde.<sup>7</sup>

Para garantir a escolha certa dos escores para as respostas, todos os entrevistados foram informados quanto às 5 possíveis respostas para cada pergunta (1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro) antes da aplicação do questionário.

O instrumento foi aplicado às mães/responsáveis das crianças residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes de saúde da família selecionadas para a pesquisa. Para o cálculo da amostra quantitativa, levou-se em consideração o número total de mães/responsáveis de crianças de 0 a 9 anos de idade cadastradas nas UBSFs selecionadas neste estudo. Daí apreendeu-se que a população correspondia a 6.535 mães/responsáveis e que, para o cálculo da amostra, foi utilizado o intervalo de confiança de 95% e o Erro Tolerável de amostragem de 5%. Ao final, a amostra ficou composta por 363 mães/responsáveis, média de 91 por cada zona.

Com as mães/responsáveis foi utilizada uma amostragem não probabilística do tipo intencional, sendo selecionadas as mães/responsáveis por crianças de zero a nove anos de idade que estavam utilizando os serviços das unidades de saúde no momento da coleta dos dados.

Os critérios de inclusão para as mães/responsáveis por crianças de zero a nove anos foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; residir nos domicílios cadastrados nas equipes de saúde da família há pelo menos um ano, e aceitar participar livremente da pesquisa. Enquanto critérios de exclusão: aqueles que identificaram como serviço de saúde de referência um serviço fora do município de Mossoró; as mães/responsáveis que apresentassem algum tipo de distúrbio mental e que não mostrassem condições de saúde para compreender perguntas e emitir respostas.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2013, nas próprias UBSFs selecionadas, e aconteceu com mães/responsáveis de crianças na faixa etária correspondente e que procuravam atendimento nos serviços.

Foi apresentado o objetivo da pesquisa e as entrevistas aconteceram em espaço específico na própria unidade.

A análise dos dados seguiu as recomendações dos organizadores do PCATool. Foram construídas tabelas no programa SPSS® (Statistical Package for Social Sciences), Inc IBM®, versão 20.0, com o resultado dos escores de qualidade da APS calculado a partir da média dos valores dos itens que compõem a dimensão “Acesso de Primeiro Contato” do PCATool-Brasil versão criança. Considera-se o valor 6,6 o mínimo para a unidade de saúde ter a presença do atributo em seu serviço conforme a avaliação das mães/responsáveis das crianças nele atendidas.<sup>5</sup>

Os dados coletados a partir do PCATool-Brasil versão criança também foram descritos a partir de porcentagem a fim de caracterização e distribuição da amostra. Para saber a relação das variáveis de caracterização dos responsáveis assim como a diferença entre as UBSF com respeito avaliação da atenção primária à saúde foi utilizado o Teste de Mann-Whitney (U) para comparação de dois grupos e o Teste de Kruskal-Wallis (x2) para comparação de três ou mais grupos. Adotou-se um nível de significância de 5% a fim de minimizar um erro do tipo I.

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), e o número do CAAE: 07538912.0.0000.5294

## RESULTADOS

Buscando traçar o perfil das mães/responsáveis e das crianças participantes, na Tabela 1 foram sistematizadas as características da população estudada. Na sequência serão apresentados os resultados da avaliação do desempenho do atributo estudado e a comparação entre as UBSFs, após se conhecer os escores atingidos por cada unidade de saúde participante desta investigação.

Como citado anteriormente, participaram da pesquisa 363 mulheres mães ou avós de crianças entre 0 e 9 anos de idade. A maior parte das participantes eram mães e tinham entre 20-29 anos, 153 (42,1%), e 30-39 anos, 116 (31,9%), sendo que 358 (98,6%) eram alfabetizadas, estando subdivididas em oito UBSF de referência.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra das mães/responsáveis e das crianças participantes, Mossoró, Brasil, 2013

Características	N (%)
<b>Idade do responsável</b>	
Mãe <20 anos	45 (12,4%)
Mãe entre 20-29 anos	153 (42,1%)
Mãe entre 30-39 anos	116 (31,9%)
Mãe entre 40-49 anos	30 (8,2%)
Avó entre 40-49 anos	11 (3,0%)

(Continua)

(Continuação)

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
Avó entre 50-59 anos	7 (1,9%)
Avó entre 60-69 anos	1 (0,3%)
<b>Escolaridade do responsável</b>	
Alfabetizado	358 (98,6%)
Analfabeto	5 (1,4%)
<b>UBSF de referência</b>	
Abolição IV	45 (12,4%)
Santa Delmira	45 (12,4%)
Belo Horizonte	50 (13,8%)
Santo Antônio	62 (17,1%)
Barrocas	55 (15,2%)
Lagoa do Mato	56 (15,4%)
Vingt Rosado	43 (11,8%)
Walfredo Gurgel	7 (1,9%)
<b>Sexo da criança</b>	
Masculino	166 (45,7%)
Feminino	197 (54,1%)
<b>Idade das crianças</b>	
0-11 meses	115 (31,7%)
1 a 2 anos	80 (22,0%)
3 a 4 anos	52 (14,3%)
5 a 6 anos	43 (11,8%)
7 a 8 anos	40 (11,0%)
9 anos	33 (9,1%)

Fonte: Trabalho de campo realizado nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró/RN no ano de 2013.

Dos dados é possível inferir as semelhanças entre os perfis dos principais responsáveis pelas crianças que compuseram a amostra em todas as Unidades Básicas de Saúde da Família estudadas. Observou-se que são as mães as principais responsáveis pelas crianças e que essas tinham idades entre 20-39 anos (74%). Em nenhuma entrevista o pai foi referenciado como o principal responsável pela criança.

Ainda na caracterização da amostra, foram sistematizadas a idade e o sexo das crianças, sendo observado o predomínio do sexo feminino (197 crianças ou 54,3%) em todas as UBSFs avaliadas, com maior concentração na faixa etária de 0-2 anos (53,7%).

**Tabela 2** - Valores médios, respectivos desvios-padrão, valor da significância estatística e a comparação entre as UBSF quanto ao Grau de Afiliação no serviço, Mossoró, Brasil, 2013

<b>Variáveis</b>	<b>Média (dp)</b>								<b>p-valor</b>
	<b>UBSF 1</b>	<b>UBSF 2</b>	<b>UBSF 3</b>	<b>UBSF 4</b>	<b>UBSF 5</b>	<b>UBSF 6</b>	<b>UBSF 7</b>	<b>UBSF 8</b>	
Profissional de saúde conhece a criança e a família?	7,11	6,37	6,13	6,12	6,12	5,83	5,96	6,6	0,08

Fonte: Trabalho de campo realizado nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró/RN no ano de 2013.

Na Tabela 2, encontram-se descritos os itens referentes ao Grau de Afiliação, que se refere a responsabilidade que o serviço de saúde tem sobre o usuário. Então, na definição dos escores, os responsáveis pelas crianças foram questionados sobre qual o serviço ao qual levavam a criança quando doente e/ou quando precisavam de algum conselho sobre a saúde do mesmo. Ainda quanto à vinculação com o profissional de saúde do serviço e qual deste conhecia e/ou era o mais responsável pela criança. Esses questionamentos compõem o PCATool versão criança.

**Tabela 3** – Valores médios, respectivos desvios-padrão, valor da significância estatística e a comparação entre as UBSF quanto ao Acesso de Primeiro Contato - Utilização, Mossoró, Brasil, 2013

Variáveis	Média (dp)								p-valor
	UBSF 1	UBSF 2	UBSF 3	UBSF 4	UBSF 5	UBSF 6	UBSF 7	UBSF 8	
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para uma consulta de rotina.	8,66	7,70	7,73	7,36	6,42	4,58	8,37	8,57	<0,001
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para um novo problema.	9,25	9,55	9,13	9,35	9,39	8,75	6,12	6,66	<0,001
O seu serviço de saúde encaminha obrigatoriamente a um especialista quando necessário.	5,18	7,40	8,53	6,61	4,30	6,42	7,82	7,61	<0,001
<b>ESCORE TOTAL</b>	<b>7,70</b>	<b>8,22</b>	<b>8,46</b>	<b>7,77</b>	<b>6,80</b>	<b>6,58</b>	<b>7,44</b>	<b>7,61</b>	<b>&lt;0,001</b>

Fonte: Trabalho de campo realizado nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró/RN no ano de 2013.

Como observado na Tabela 3, o atributo “Utilização” mostra a iniciativa da família em ir ao serviço da APS para uma consulta de rotina da criança, se existe outros serviços de saúde aos quais o responsável leve a criança e se já houve a necessidade de encaminhamento para especialistas. 87,5% dos responsáveis avaliaram esse atributo com alto escore geral nas UBSFs estudadas ( $\chi^2 = 26,0$ ;  $p < 0,001$ ), sendo a maior pontuação na UBSF 3 (8,46) e menor na UBSF 6 (6,58).

**Tabela 4** – Valores médios, respectivos desvios-padrão, valor da significância estatística e a comparação entre as UBSF quanto ao Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, Mossoró, Brasil, 2013

Variáveis	Média (dp)								p-valor
	UBSF 1	UBSF 2	UBSF 3	UBSF 4	UBSF 5	UBSF 6	UBSF 7	UBSF 8	
O serviço de saúde atende no mesmo dia.	6,44	5,62	5,13	5,16	5,15	4,64	7,59	8,09	0,21
Espera muito tempo para marcar hora no serviço de saúde.	6,44	5,77	7,60	7,41	5,87	4,34	4,49	4,28	<0,001
É fácil marcar consulta de rotina para a criança.	6,0	5,7	3,93	3,65	6,00	5,95	5,42	3,80	0,01
Tem que esperar mais de 30 minutos para as consultas.	8,88	8,44	9,26	8,87	8,66	8,45	7,75	8,09	0,06
Dificuldade para conseguir atendimento médico para a criança.	4,22	4,29	6,13	6,02	4,36	3,57	4,26	5,23	0,01
Consegue aconselhamento rápido pelo telefone no serviço.	3,62	3,03	4,46	8,11	4,54	9,46	2,17	3,33	<0,001
<b>ESCORE TOTAL</b>	<b>5,93</b>	<b>5,48</b>	<b>6,10</b>	<b>6,54</b>	<b>5,77</b>	<b>6,07</b>	<b>5,28</b>	<b>5,47</b>	<b>&lt;0,001</b>

Fonte: Trabalho de campo realizado nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró/RN no ano de 2013.

Como pode ser observado na Tabela 4, diferentemente da “Utilização”, o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” registrou baixos escores gerais em todas as unidades de saúde avaliadas. Esses resultados indicam que, apesar de os responsáveis pelas crianças buscarem utilizar os serviços da Atenção Primária ou o procurarem como “porta de entrada” no sistema, os mesmos não tem seus problemas de saúde resolvidos. Desse modo, esses achados apontam para dificuldades de acesso e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária de Mossoró no tocante a atenção à saúde da criança.

Merece destacar na Tabela 4 as médias inferiores em todas as UBSF estudadas nas questões “É fácil marcar consulta de rotina para a criança” e “Dificuldade para conseguir atendimento médico para a criança”.

## DISCUSSÃO

A presença e a extensão do atributo Essencial Acesso de Primeiro Contato da APS será discutida conforme as orientações de Bárbara Starfield.<sup>5</sup> A autora afirma que os escores médios iguais ou acima de 6,6 são considerados altos, estando conforme os preceitos da APS.

Ao traçar o perfil dos principais responsáveis pelas crianças que compuseram a amostra, os achados nesta pesquisa são corroborados quando, outro estudo,<sup>9</sup> aponta ser a mãe que, na maioria das vezes, leva a criança para os serviços de saúde, sendo considerada também como a pessoa mais capacitada para relatar o atendimento à saúde da criança.

Quanto ao grau de escolaridade, 98,6% dos responsáveis são considerados alfabetizados. Para definição dessa condição, se utilizou Justo e Rubrio<sup>10</sup> que consideram “alfabetizado” aqueles que sabem ler e escrever e “analfabeto” aquele que não sabe ler e/ou escrever.

As UBSF 1 e UBSF 8 atingiram um alto escore para APS, ao obter média igual ou superior a 6,6, indicando que os responsáveis das crianças atendidas nessas unidades manifestaram ter maior índice de afiliação com seu serviço de saúde de referência. No entanto, ao se considerar que o grau de afiliação ao serviço de saúde/profissional diz respeito à frequência na qual o usuário reconhece aquele serviço ou um profissional como referência para o atendimento em saúde, percebe-se que, as outras UBSF estudadas, obtiveram um escore relativamente baixo. Isso, por sua vez, demonstra que, mesmo com a identificação do serviço como fonte regular de atenção para o cuidado da criança, os responsáveis entrevistados relataram que a procura deste espaço está associada a outras variáveis como a oferta de ações em sala de vacina e consultas esporádicas ao médico. Nesse destaque o foco principal não se relacionava ao vínculo com o profissional de saúde e/ou, menos ainda, com a qualidade da assistência.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido no município de Teixeira/MG. Ao avaliar a atenção à saúde da criança no contexto da saúde da família, foi constatado que os responsáveis pelas crianças não reconheciam os serviços das unidades de saúde da família como referência no cuidado da criança. As críticas e a não vinculação se relacionavam a não resolutividade do mesmo, especialmente pela demora entre a marcação e a consulta, ou espera na fila e ainda por, muitas vezes, não se conseguir o atendimento necessário.<sup>11</sup>

**Diversas pesquisas no âmbito da Atenção Primária à Saúde apresentam os motivos que levam a população a escolherem um serviço para acompanhamento de saúde, destacando a proximidade geográfica com a unidade de saúde e a qualidade do atendimento como os mais referidos.**<sup>12-13-14</sup>

Estudos destacam que a não procura dos serviços da APS pode ter relação com a própria oferta das ações, o não atendimento das necessidades e/ou a quantidade insuficiente.<sup>14</sup> Ainda cita-se a carência numérica de profissionais, princi-

palmente médicos, para o atendimento, bem como a rotatividade dos mesmos, que acabam por gerar receio em procurar o novo por parte da população. Outros impedimentos como as dificuldades no acesso geográfico, as questões financeiras e o horário de funcionamento também foram citados como limitadores da procura dos serviços de saúde.<sup>14</sup>

Uma pesquisa sobre APS e o grau de afiliação das mães aos serviços na perspectiva dos profissionais realizada no município de Cascavel/PR mostrou a preferência das famílias pelos serviços de Pronto Atendimento Continuado. As características de funcionamento das unidades de saúde, com agendamento de consultas e apenas com a presença do pediatra em alguns horários, tende a contribuir para a busca por outros tipos de serviços, por parte das mães, mediante as necessidades de saúde apresentadas pelas crianças. Inclusive os profissionais entrevistados referiram que as mães consideravam os serviços de pronto atendimento mais resolutivos, devido aos exames de apoio diagnóstico, como raios-X e exames de sangue e urina.<sup>15</sup>

Starfield<sup>5</sup> defende a ideia que existe um ponto de entrada para o usuário no sistema de saúde cada vez que surge um novo atendimento para um problema de saúde. Esse ponto de entrada precisa ser de fácil acesso e essencial a qualquer organização de serviços de saúde, seja ela na atenção primária, secundária ou terciária.

A porta de entrada na APS, a partir de dados do PCA-Tool criança, ainda apresenta limitações no que diz respeito ao atendimento das necessidades da população em destaque. Em nível de gestão, há a descrença quanto à capacidade dos serviços em dar conta dos problemas percebidos e, em nível assistencial, há uma busca por atendimentos de urgência e emergência prevendo ser estes mais resolutivos.<sup>15</sup> Observa-se ainda a carência de pessoal, especialmente médico, além da rotatividade destes nos serviços de saúde. Por sua vez, questões dessa dimensão diminuem ainda mais a vinculação do usuário com o serviço, favorecendo a busca por soluções entendidas como imediatas.<sup>14-15</sup>

Para Starfield<sup>5</sup> os termos “acesso” e “acessibilidade” são utilizados de forma intercalada e, comumente, equivocada. Para a autora, é importante entender que a acessibilidade possibilita aos usuários chegarem aos serviços de saúde. Caracteriza-se como um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessário à efetivação da atenção ao primeiro contato. Já o acesso, constitui-se na forma como os usuários experimentam esta característica de seu serviço de saúde. Entretanto, a acessibilidade não é um aspecto somente da atenção primária, pois os outros níveis de atenção (secundária e terciária) devem também serem acessíveis. No entanto, na Atenção Primária, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem, uma vez que se constitui no ponto de entrada no sistema de saúde.

Pesquisa desenvolvida no município de Colombo/PR<sup>16</sup> avaliou a APS destinada à criança utilizando o PCATool com responsáveis por crianças de 17 a 22 meses cadastradas e assíduas às atividades da unidade de saúde. Foi identificado,

no atributo “Utilização”, escores gerais superiores para Atenção Primária nas unidades com Estratégia de Saúde da Família, dados semelhantes a esse estudo.

Entretanto, os resultados das UBSF 5 e 6 registraram médias abaixo do recomendado para APS no item em que os responsáveis responderam que vão ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para uma consulta de rotina da criança. Isso sugere que eles procuram atendimento anterior. É possível que esses resultados tenham relação com a grande demanda de atendimento nos serviços, o número reduzido de consultas ofertadas nas unidades e/ou a dificuldade na marcação das mesmas. Isso, por sua vez, pode favorecer a busca, por parte dos responsáveis, de outras UBSF com demanda menor e maior disponibilidade de atendimento, ou até mesmo de serviços particulares para o devido acompanhamento. Pode estar ainda relacionada a vinculação com os trabalhadores dos serviços e a resolutividade da assistência.<sup>16</sup>

No atributo “Acessibilidade”, os responsáveis foram questionados quanto a prestatividade no atendimento do serviço e quanto a possibilidade de atendimento no mesmo dia em que a criança está doente, o tempo de espera para o atendimento e a facilidade em conseguir consultas ou conselhos por telefone. Starfield<sup>5</sup> afirma que a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível, impede o desenvolvimento de uma atenção em saúde de qualidade, visto que o esperado é que a partir das orientações advindas da Atenção Primária os problemas apresentados pelos usuários possam receber a melhor fonte de atenção.

A acessibilidade é um elemento estrutural necessário para a APS. Sua ausência de efetividade pode dificultar a resolutividade dos problemas de saúde da população assistida e prejudicar o desempenho do próprio serviço. Serviço acessível é aquele de fácil abordagem, atento no primeiro contato e disponível aos usuários, sem barreiras, quer seja geográfica, administrativa, financeira, cultural e/ou de linguagem.<sup>5</sup>

O atributo “Acessibilidade” encontra-se longe do nível ideal para a APS, também em outros espaços, reforçando as barreiras de acesso às unidades de saúde.<sup>16</sup> Os baixos escores nesse atributo podem ser devidos aos horários restritos das unidades, que funcionam de segunda à sexta, das 07:00 às 17:00 horas. Podem ainda ter relação ao tempo de espera para marcar algo no serviço ou também ao tempo superior a 30 minutos na espera das consultas.<sup>16</sup>

Estudo no município de Cascavel/PR<sup>15</sup> sobre o acesso de primeiro contato, em unidades básicas de saúde, demonstrou que a organização dos serviços baseados no agendamento de consultas ou por demanda espontânea, não tem resolvido os problemas de saúde daquela população. Ou não se consegue atender todos os usuários que procuram os serviços ou não há resolutividade nesse atendimento. Além disso, a atenção programada não é executada como prática desses serviços de saúde. No caso, evidencia-se a (des)humanização do cuidado nesse sistema, uma vez que os usuários para conseguirem o atendimento que necessitam precisam estar à porta

das unidades de saúde na madrugada, para atendimento por demanda espontânea.<sup>17</sup>

**Uma alternativa para superar esses limites e impactar positivamente esse acesso seria a conveniência do horário de funcionamento dos serviços da atenção primária. Além disso, se faz mister refletir a formatação e organização desses espaços no que diz respeito ao tempo de espera para as consultas; aos profissionais e especialidades disponíveis; ao desenvolvimento de práticas de acolhimento e da política de humanização e, ainda, a qualidade técnica do cuidado.**<sup>18</sup>

Os horários de funcionamento dos serviços na Estratégia de Saúde da Família precisam ser revistos de modo a permitir o acesso dos usuários em horários alternativos, quer seja finais de semana ou após às 18 horas.<sup>19</sup> Com o objetivo de reorientar a atenção à saúde no SUS, a ESF precisa ter suas unidades funcionando conforme as necessidades dos usuários, em parceria com as comunidades, para diminuir as barreiras de acesso e possibilitar a utilização dos serviços da APS como primeiro contato com o sistema de saúde.<sup>18</sup>

Para se garantir a acessibilidade aos serviços de saúde, o acolhimento caracteriza-se enquanto estratégia indispensável para as práticas de prevenção e promoção de saúde. Para isso, são necessárias mudanças no processo de trabalho em unidades de saúde, identificando as necessidades dos usuários, e garantindo o acesso humanizado quando a população buscar atendimento.<sup>20</sup>

A prática do acolhimento requer a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde à chegada até à saída da unidade. É mais do que uma triagem qualificada. É preciso ouvir suas queixas, avaliando anseios, preocupações e angústias, o que implica em escuta qualificada, identificação da demanda, levantamento dos problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento.<sup>20</sup>

Nessa dimensão, é possível garantir atenção integral, com mais resolutividade e para continuidade da assistência quando necessário, buscando articular as redes internas dos serviços, que permite à horizontalidade do cuidado, e redes externas, com outros tipos de serviços de saúde.<sup>20-21</sup> Nesse sentido, o acolhimento é visto também como uma postura comprometida com a construção do entendimento do processo saúde-doença pelo usuário, com o objetivo que ele participe como sujeito do seu processo de cura.<sup>22</sup>

## CONCLUSÃO

Nesta investigação, no atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” dos serviços por parte das crianças de 0 a 9 anos, ficou evidenciado, em geral, resultados satisfatórios nas Unidades investigadas. Já o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, registrou escores gerais abaixo do ideal para APS em todas as UBSFs estudadas. Isto representa problemas para atenção integral à saúde da criança, uma vez que os achados deste estudo mostram fragilidades quanto aos aspectos: “O serviço de saúde atende no mesmo

dia?”, “Espera muito tempo para marcar hora no serviço de saúde?”, e “Facilidade para conseguir atendimento médico para a criança no mesmo dia ou marcar consulta de rotina?”.

Os resultados evidenciam que tanto o acesso como a acessibilidade aos serviços de Atenção Primária de Mossoró no tocante a atenção à saúde da criança de 0 a 9 anos são insuficientes. Os participantes da pesquisa não reconhecem os serviços da Atenção Primária como referência no cuidado ao público infantil. É perceptível a insatisfação e a não vinculação com esses espaços, relacionada a não resolutividade, especialmente por não se conseguir o atendimento procurado pela criança e/ou pela demora entre a marcação e a consulta ou pela espera na fila.

É possível inferir que mudanças na organização dos serviços, com nova formatação para o atendimento do público em geral e, em particular, o infantil, tenderá a contribuir para escores mais elevados no tocante a acessibilidade. Além disso, tentar estimular maior responsabilização e vinculação, por parte dos profissionais de saúde, é outro aspecto positivo para melhorias no atendimento a população que adentra nos serviços públicos de saúde.

De fato, é possível inferir que, embora a APS seja considerada a “porta de entrada” no Sistema Único de Saúde, muitos obstáculos precisam ser superados para que esse nível de atenção seja referência no cuidado à saúde dos grupos e, em particular, da criança. Então, considera-se fundamental repensar os aspectos que se mostraram insuficientes para garantir a presença e extensão do atributo Acesso de Primeiro Contato com o sistema de saúde nas UBSFs de Mossoró/RN estudadas. E essas melhorias requerem mudanças tanto em elementos estruturais e processuais para oferecerem Atenção Primária à Saúde na qualidade que se propõe desde a sua criação.

Considera-se que muito ainda tem que se produzir no intuito de avaliar os serviços de Atenção Primária em Saúde no Brasil, inclusive para permitir a comparação regional entre o desempenho dos atributos da APS, com o objetivo de melhorar o acesso e a acessibilidade nestes serviços em todo o território nacional.

## REFERÊNCIAS

1. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos, adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. 4ª revisão. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Legislação Estruturante do SUS. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/colecao2011/livro\\_13.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/colecao2011/livro_13.pdf)>.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.3.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf)>.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/70ahsaudecrianca.pdf>>.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
6. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.11, n.3, p. 323-334, jul. / set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>>.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)>.
8. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. 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, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, ago, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800013&script=sci_arttext)>.
9. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública [online], v.26, n.12, p. 2316-2322, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200010&script=sci_arttext)>.
10. Justo MAPS, Rubio JAS. Letramento: O uso da leitura e da escrita como prática social. Revista Eletrônica Saberes da Educação, v. 4, n. 1, p.1-17, 2013. Disponível em: <<http://www.facsao.roque.br/novo/publicacoes/pdf/v4-n1-2013/Marcia.pdf>>.
11. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3229-3240, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700022&script=sci_arttext)>.
12. Marsiglia RMG. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos. 20(3): 317-325, 2012. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/676/390>>.
13. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 2145-2154, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123201000400028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123201000400028&script=sci_arttext)>.
14. Paiva MBP, Mendes W, Brandao AL, Campos CE. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. Physis [online]. vol.25, n.3, p. 925-950, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00925.pdf>>.
15. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. Rev Rene. Fortaleza, v. 13, n.2, p.332-42, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981010.pdf>>.
16. Oliveira VBCA, Verissimo MLÓR. Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança no município de Colombo-Paraná. Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 2012. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022013-125217](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022013-125217)>.
17. Monteiro Ak, Lima KYN, Santos ADB, Teixeira GB, Macêdo IP. Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. Rev Rene. 13(4): 724-33, 2012. Disponível em: <[www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1067/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1067/pdf)>.
18. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. v.26, n.4, p.725-37, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>.
19. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p. 3321-3331, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/22.pdf>>.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos básicos para saúde). Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>.
21. Sayah FA, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. Journal of Clinical Nursing. 23: 2968-2979, 2012. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/259983402\\_Nursing\\_perspectives\\_on\\_factors\\_influencing\\_interdisciplinary\\_teamwork\\_in\\_the\\_Canadian\\_primary\\_care\\_setting](https://www.researchgate.net/publication/259983402_Nursing_perspectives_on_factors_influencing_interdisciplinary_teamwork_in_the_Canadian_primary_care_setting)>.
22. Rebelo CM, Koopmans FF, Romano VF. O acolhimento no processo de trabalho na estratégia da saúde da família: reflexão sobre conceitos. Corpus et Scientia. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 127-138, dez. 2012. Disponível em: <<http://apl.unisiam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/18/55>>.

Recebido em: 29/05/2016  
Revisões requeridas: Não  
Aprovado em: 10/10/2016  
Publicado em: 10/07/2017

### Autor responsável pela correspondência:

Jocasta Maria Oliveira Morais  
Rua Delfino Freire, nº 700  
Boa Vista, Mossoró/RN  
CEP: 59604-100

E-mail: [jocasta-enfermagem@hotmail.com](mailto:jocasta-enfermagem@hotmail.com)