

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE LAGARTO-SE*

Evaluation of primary health care for children under 5 years old in the municipality of Lagarto-SE

Evaluación de atención primaria salud de los niños menores de 5 años en el municipio de Lagarto-SE

*(Oriundo de trabalho de conclusão de curso com o título: Avaliação da Assistência Primária à Saúde das Crianças Menores de 5 Anos no Município de Lagarto-SE, 2017, Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Adênia Káren Cardoso Costa¹, Anne Katherine Nascimento Mesquita², Anny Giselly Milhome da Costa Farre³, Karenine Maria Holanda Cavalcante⁴, Maria do Socorro Claudino Barreiro⁵

Como cita este artigo:

Costa AKC, Mesquita AKN, Farre AGMC, Cavalcante KMH, Barreiro MSC, Oliveira SN. Avaliação da assistência primária à saúde das crianças menores de 5 anos no município de Lagarto-Se. 2020 jan/dez; 12:758-766. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6582>.

RESUMO

Objetivo: avaliar a efetividade da assistência primária as crianças menores de cinco anos de idade cadastradas em uma Clínica de Saúde da Família, Lagarto-SE. **Método:** trata-se de uma pesquisa de resultados, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, no qual se utilizou *Primary Care Assessment Tool – Versão Criança* para avaliação dos atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. **Resultados:** foram entrevistados 50 adultos, responsáveis por crianças de até cinco anos de idade cadastradas no serviço. A avaliação foi positiva para o grau de afiliação e o atributo coordenação-sistema de informações, e os demais não alcançaram o escore mínimo de referência. **Conclusão:** os atributos revelam há barreiras no acesso ao serviço, falha na continuidade do atendimento, fragilidade na referência e contra-referência e comprometimento na comunicação profissionais de saúde-paciente.

Descritores: Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

1 Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

2 Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

3 Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

4 Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Docente da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

5 Graduação em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrado em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutorado em Ciências da saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Docente da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effectiveness of primary care for children under five years of age enrolled in a Family Health Clinic, Lagarto-SE. **Method:** This is a results research, quantitative approach and cross-sectional design, in which the Primary Care Assessment Tool - Child Version was used to assess the attributes of access, longitudinality, coordination, completeness, family orientation and community orientation. **Results:** 50 adults were interviewed, responsible for children up to five years of age enrolled in the service. The evaluation was positive for the degree of affiliation and the coordination-information system attribute, and the others did not reach the minimum reference score. **Conclusion:** attributes reveal barriers to service access, lack of continuity of care, fragility in referral and counter-referral, and commitment to communication between health-patient professionals.

Descriptors: Child Health; Primary Health Care; Family Health Strategy.

RESUMÉN

Objetivo: Evaluar la efectividad de los niños de atención primaria de menos de cinco años de edad los niños inscritos en una Clínica de Salud de la Familia, Lagarto-SE. **Método:** Se trata de unos resultados de búsqueda, un enfoque cuantitativo y diseño transversal, que se utilizó el Primary Care Assessment Tool- Versión para niños para una evaluación de atributos de acceso, longitudinalidad, la coordinación, la integralidad, orientado a la familia y orientada a la comunidad. **Resultados:** un total de 50 adultos responsables de los niños menores de cinco años de edad inscritos en el servicio. La evaluación fue positiva para el grado de afiliación y el sistema de información en la coordinación de atributos, y los otros no alcanzó la puntuación mínima de referencia. **Conclusión:** los atributos revelan que hay barreras en el acceso a la falta de servicio en la continuidad de la atención, la debilidad en la referencia y contra-referencia y compromiso con la comunicación paciente-profesional de la salud.

Descriptorios: Salud del Niño; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familia.

INTRODUÇÃO

Desde 1978, com a Conferência de Alma-Ata, vários autores vêm discutindo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 2005, estabeleceu que a APS deve ser a base dos sistemas nacionais de saúde, visto que é a melhor estratégia no sentido de produzir melhorias sustentáveis e garantir equidade no âmbito da saúde da população.¹

A APS deve ser a porta de entrada preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a maneira de comunicar-se com toda a rede de atenção à saúde. É representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por estarem instaladas perto de onde os usuários residem, trabalham, estudam e vivem. Por isso, desempenham um papel primordial ao garantir o acesso universal à saúde para a população.²

A fim de possibilitar uma maior aproximação entre esses serviços de saúde e a comunidade, foi implantado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A qual objetiva fortalecer a participação comunitária em um modelo de saúde capaz de reverter à lógica assistencialista e pautar-se em ações de abordagem coletiva e preventiva.³

Segundo Starfield, a APS pode ser considerada provedora de uma atenção com eficiência quando o serviço apresenta os quatro atributos essenciais à APS, que são o acesso de primeiro contato, a integralidade, a coordenação da atenção e a longitudinalidade, inter-relacionados com os atributos derivados do qual faz parte a orientação familiar, a orientação comunitária, e a competência cultural.⁴

No rol dos atributos essenciais, o acesso de primeiro contato está relacionado à acessibilidade do indivíduo ao serviço de saúde e à utilização de um conjunto de serviços diante de um novo problema que faz com que a população busque a atenção primária. A longitudinalidade traz a importância da assistência continuada, assim como a relação interpessoal que demonstre confiança entre o usuário e o profissional de saúde. O atributo da integralidade resgata a atenção integral para com os usuários de caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, ofertando a promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, além do processo de referência e contra referência. A coordenação da atenção é o atributo que estabelece que o provedor da atenção deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe, seja por parte do atendimento do profissional ou por prontuário médico, de forma que estabeleça a continuidade da atenção.¹

Outras três características, os atributos derivados, também considerados parâmetros de eficiência aos serviços da APS, a orientação familiar está relacionada à avaliação das necessidades individuais considerando o contexto familiar que o indivíduo se encontra. A orientação comunitária é o atributo que reconhece as necessidades da saúde na comunidade por meio dos dados epidemiológicos e contato com a população local. Por fim, a competência cultural tem o intuito de conhecer as características culturais específicas da população e facilitar a relação e a comunicação com a mesma.¹

Desse modo a APS apresenta sistemas de saúde qualitativos, eficientes e equitativos para atender a toda a população, dentre elas, às crianças. Com isso, percebe-se que os serviços de APS devem ser portas prioritárias ao cuidado com a saúde da criança, garantindo para o seu crescimento saudável, cuidados básicos com finalidades preventivas, de promoção e recuperação a saúde por meio de ações práticas, habilidades e conhecimentos.^{5,6}

Os cuidados básicos ofertados pela APS às crianças tem o intuito de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade por causas evitáveis neste público. O programa de puericultura é uma estratégia útil para minimizar óbitos e possíveis atrasos do desenvolvimento infantil e atua promovendo cuidados que contribuem para a prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das crianças de 0-5 anos. Contudo, apesar de várias políticas públicas de saúde voltadas para a população infantil, poucas dessas ações tornaram-se concretas e efetivas, principalmente para o período neonatal, responsável por 70% das mortes precoces. Mesmo com uma expressiva redução na Mortalidade Infantil (MI) observada nos últimos anos no Brasil, se considerarmos que mais de 60% destas mortes precoces poderiam ter sido evitadas por ações da APS, por meio de serviços de saúde resolutivo e qualificado, fica claro a

deficiência de ações de saúde nesse âmbito e demonstra a necessidade de investigar as causas.⁵

Diante disso, surge a necessidade de avaliar a efetividade do primeiro nível de assistência à saúde prestada às crianças a fim de ampliar a acessibilidade, fortalecer o vínculo, assegurar a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Uma forma de avaliar essa efetividade seria analisando o cumprimento desses princípios.²

Sendo assim o objetivo desta pesquisa foi de avaliar a efetividade da assistência primária à saúde das crianças menores de cinco anos de idade, cadastradas na Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima, no município de Lagarto-SE.

MÉTODO

Tipo de estudo

Quanto à sua natureza, o estudo consiste em uma pesquisa de resultados, pois se destina a documentar a eficiência dos serviços de saúde, sendo três os critérios a serem avaliados no ambiente de saúde segundo Donabedian⁷: dentre eles a estrutura administrativa e organizacional; o processo de tomada de decisão, administração e intervenção; e os resultados clínicos finais. Sua abordagem é quantitativa com delineamento transversal.

Local do estudo

A coleta de dados foi realizada no domicílio de crianças cadastradas na Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima localizada no município de Lagarto -SE, a partir da aplicação do questionário Primary Care Assessment Tool – Versão Criança (PCATool).

Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados critérios de inclusão ser genitor(a) ou responsável pela criança menor de 5 anos; ter mais de 18 anos; a criança estar cadastrada(o) e ser acompanhada no serviço de puericultura da referida clínica de saúde da família, que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Foram excluídos os responsáveis que não se encontravam na residência no horário da realização da visita.

Amostra

A pesquisa foi realizada com uma amostra intencional de responsáveis por 50 crianças menores de 5 anos cadastradas na Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima.

Para a seleção da amostra, foi considerada a distribuição das famílias em microáreas representadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contudo somente dois ACS aceitaram acompanhar as pesquisadoras até a localidade da residência das crianças que foram sorteadas. Desse modo,

distribuímos o quantitativo de crianças por ACS, ficando 25 para cada um.

Aspectos éticos

O projeto em questão respeitou as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Aracaju/ Universidade Federal de Sergipe/ HU-UFS, parecer CEP nº100010/2016, em 28/09/2016, CAAE: 60433516.5.0000.5546. Os participantes assinaram o TCLE, apresentados em duas vias com total direito à recusa, identidade preservada e seus dados arquivados em local seguro durante 5 anos.

Instrumentos do estudo

O questionário Primary Care Assessment Tool – Versão Criança (PCATool) foi desenvolvido nos EUA pelo grupo liderado por Starfield (2002) e vem sendo traduzido e validado em diferentes países, inclusive no Brasil.¹ É constituído de 55 questões, que avaliam a unidade de saúde na qual o usuário é assistido, o grau de afiliação e os quatro atributos essenciais e três atributos derivados da APS.

Assim descritos como grau de afiliação com o serviço de saúde; acesso de primeiro contato (utilização); acesso de primeiro contato (acesso); longitudinalidade; Coordenação (integração de cuidados); coordenação (sistema de informações); Integralidade (serviços disponíveis); integralidade (serviços prestados); orientação familiar e orientação comunitária.¹

Para cada questão, são possíveis as seguintes respostas: “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). O cálculo dos escores para cada atributo ou componente foi realizado pela média dos valores das respostas dos itens que os compõe.

Além do PCATool foi aplicado um questionário que avalia os aspectos socioeconômicos das crianças envolvidas na pesquisa. Este contém quatro perguntas objetivas e foi elaborado pelas pesquisadoras. O intuito da coleta desses dados foi determinar o perfil social e econômico dos menores de cinco anos selecionados na pesquisa.

Procedimento de coleta de dados

A coleta foi realizada após a aprovação do comitê de ética, através da visita domiciliar, aos pais ou responsáveis pelas crianças cadastradas na clínica Dr. Davi Marcos, para os quais foi apresentado o objetivo da pesquisa e, após o aceite em participar, foi solicitada a assinatura do TCLE e aplicado os questionários Primary Care Assessment Tool – Versão Criança (PCATool) e o de Avaliação Socioeconômica.

As perguntas foram conduzidas pelas pesquisadoras e as respostas assinaladas nos instrumentos.

Tratamento e análise dos dados

Em se tratando dos dados de caracterização da amostra, obtidos com a aplicação do PCATool, foram descritos estatisticamente, por meio de números absolutos e relativos. A análise das respostas ao Primary Care Assessment Tool – Versão Criança (PCATool) respeitou o resultado do cálculo previsto para os itens e componentes de sua estrutura. Para tanto foi utilizado o software Word for Windows.

Para obtenção dos resultados e avaliação dos escores de todos os atributos, foi calculada a média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que os compõem. Segundo o manual PCATool, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “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 maiores ou iguais a 6,6 foram considerados adequados para APS.¹

Sendo que uma média isolada foi calculada para os escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e outra para os escores dos componentes dos atributos essenciais somados aos dos escores obtidos na avaliação dos atributos derivados, o resultado obtido caracteriza não somente os aspectos de estrutura e de processo da unidade básica em questão, como também avalia o grau de orientação do serviço de saúde pesquisado.

A caracterização do nível socioeconômico das crianças entrevistadas foi obtida com a aplicação do questionário de avaliação socioeconômica, composto por perguntas fechadas, que versavam sobre a situação econômica da família, a condição da habitação, a quantidade de irmãos que a criança possui e a escolaridade da mãe.

RESULTADOS

A caracterização dos participantes contou com a participação 50 sujeitos, destes a grande maioria foi representada pelo sexo feminino (90%); com faixa etária entre 18 e 60 anos. As genitoras representaram 82 % dos participantes com escolaridade até o ensino fundamental completo (52%), habitam em residência própria (52%), com situação econômica de 1 salário mínimo (44%) e que têm entre 1 a 2 filhos (60%).

No tocante ao grau de afiliação, o serviço de saúde obteve nota 8,9, em uma escala de 1 a 10. Os escores médios dos atributos da APS estão expostos na tabela 01.

Em relação à pontuação apresentada pelos entrevistados para os escores essencial e geral, que mede o grau de orientação

para a atenção primária, esses tiveram valores de escore baixo (escore $\leq 6,6$), sendo o escore essencial (4,9) e escore geral (5,2). Para a obtenção do escore essencial da APS foi somado às médias das respostas dos seis atributos essenciais com a média do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, enquanto que para calcular o escore geral, foram somadas as médias das respostas dos oito atributos validados mais a média do grau de afiliação.

Tabela 1 - Valores médios dos atributos da atenção primária à saúde conferida pelos responsáveis por crianças menores de cinco anos, cadastrados na clínica de saúde da família Dr. Davi Marcos de Lima, do município de Lagarto/SE, Brasil, 2017.

Atributos	Número absoluto	Mínimo	Máximo	Média
Acesso de primeiro contato-utilização	50	0.0	10	6.4
Acesso de primeiro contato-acessibilidade	50	0.0	8.8	5.2
Longitudinalidade	50	0.0	9.0	4.6
Coordenação - integração de cuidados	09	0.0	10	2.7
Coordenação - sistema de informações	50	0.0	10	7.4
Integralidade - serviços disponíveis	50	0.0	9.0	3.8
Integralidade - serviços prestados	50	0.0	10	4.0
Orientação familiar	50	0.0	10	4.5
Orientação comunitária	50	2.5	10	6.5

Os dados obtidos com a aplicação do instrumento PCATool buscam compreender as maiores dificuldades encontradas pelo serviço de saúde avaliado, em alcançar uma assistência de qualidade à criança no primeiro nível de atenção à saúde.

No tocante aos atributos, de modo isolado, observa-se a predominância de escores abaixo do valor 6,6. Na Tabela 2, estão os itens que compõem o atributo coordenação-integração de cuidados, o qual foi o atributo que obteve menor escore médio (2,7).

Tabela 2 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de cinco anos cadastrados na clínica de saúde da família Dr. Davi Marcos de Lima, aos itens que compõem o atributo coordenação - integração de cuidados, município de Lagarto/SE, Brasil, 2017.

Perguntas	Resposta aos itens em percentual (%)				
	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei / Não lembro
E2. O serviço de saúde encaminhou a criança a um serviço especializado?	38	0	0	62	0
E3. O médico/enfermeiro sabe da consulta no serviço especializado?	25	0	0	75	0
E4. O médico/enfermeiro ficou sabendo dos resultados da consulta?	25	0	0	75	0
E5. O médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante a consulta?	25	0	0	75	0
E6. O médico/enfermeiro se interessou na qualidade do cuidado que foi dado no serviço especializado?	25	0	0	75	0

Em se tratando do atributo integralidade-serviços disponíveis, obteve o segundo menor escore médio (3,8), demonstrado na Tabela 3, no qual estão representados os itens em valores percentuais.

Tabela 3 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de cinco anos cadastrados na clínica de saúde da família Dr. Davi Marcos de Lima, aos itens que compõem o atributo integralidade-serviços disponíveis, município de Lagarto/SE, Brasil, 2017.

Pergunta: Indique se na clínica referida esses serviços ou orientações estão disponíveis	Resposta aos itens em percentual (%)				
	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei / não lembro
G1. Vacinas (imunizações).	100	0	0	0	0
G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social.	48	0	6	26	20
G3. Planejamento familiar.	74	0	0	12	14
G4. Programa de suplementação nutricional.	10	0	2	48	40
G5. Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas.	16	0	0	28	56
G6. Aconselhamento para problemas de saúde mental.	26	2	0	26	46
G7. Sutura de corte.	24	0	0	46	30
G8. Aconselhamento e solicitação de teste Anti-HIV.	60	0	0	18	22
G9. Identificação de problema visual.	12	0	0	48	40

Na Tabela 4, estão os valores em percentuais dos itens que compõem o atributo integralidade-serviços prestados, o qual seguindo a sequência foi o terceiro atributo de menor valor médio (4,0).

Tabela 4 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de cinco anos cadastrados na clínica de saúde da família Dr. Davi Marcos de Lima, aos itens que compõem o atributo integralidade-serviços prestados município de Lagarto/SE, Brasil, 2017.

Pergunta: Alguns desses assuntos foram conversados com você na consulta da sua criança?	Resposta aos itens em percentual (%)				
	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei / não lembro
H1. Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene, sono adequado.	72	0	8	16	4
H2. Segurança do lar.	42	0	4	48	6
H3. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança.	48	0	4	40	8
H4. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança.	18	0	4	70	8
H5. Maneiras para manter sua criança segura.	22	0	6	64	8

O único atributo que obteve um valor médio acima do escore de referência foi o atributo coordenação-sistema de informações, com a média 7,4. Os seus itens estão representados em valores percentuais na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de cinco anos cadastrados na clínica de saúde da família Dr. Davi Marcos de Lima, aos itens que compõem o atributo coordenação-sistema de informações município de Lagarto/SE, Brasil, 2017.

Pergunta:	Resposta aos itens em percentual (%)				
	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei / não lembro
F1. Quando você leva sua criança ao serviço de saúde, você leva algum registro como carteira de vacinação?	100	0	0	0	0
F2. O prontuário dela sempre está disponível na consulta?	94	0	0	2	4
F3. Você poderia ler o prontuário de sua criança se quisesse?	36	0	10	50	4

DISCUSSÃO

Os atributos essenciais e derivados da APS para atenção à saúde de crianças menores de 5 anos em uma Clínica de Saúde da Família do município de Lagarto-SE serão discutidos de acordo com as orientações de Starfield (2002), que indica que os escores iguais ou acima de 6,6 podem ser considerados como “altos escores”, o que demonstra que o serviço é provedor de atenção primária.⁴

Dentre os itens avaliados estão o grau de afiliação, acesso, logitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária.

O Grau de Afiliação não é considerado um atributo essencial, tem como finalidade identificar o serviço de saúde de referência para o cuidado com a criança¹, este obteve uma avaliação positiva, demonstrando que as famílias das crianças atendidas na Clínica de Saúde da família manifestaram ter alto índice de afiliação com seu serviço de saúde. Outro estudo realizado em onze municípios do estado de Minas Gerais que tinha como objetivo avaliar a assistência à criança menor de dois anos de idade prestada na Estratégia de Saúde da Família também demonstrou uma avaliação positiva para o grau de afiliação.^{8,5}

A avaliação positiva para o grau de afiliação pode estar associado ao vínculo e acesso aos serviços que a estratégia de saúde da família proporciona, sendo que o vínculo entre a equipe e a população adscrita garante a continuidade das ações de saúde, segundo os fundamentos do Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).⁹

O atributo Acesso de Primeiro Contato foi avaliado em dois contextos: utilização e acesso, ambos obtiveram escores abaixo do sugerido. Para o contexto Utilização acredita-se que pode estar relacionado ao número reduzido de consultas ofertadas

na unidade, já que o serviço de puericultura ainda não está estruturado e, em sua maioria é ofertado pelo médico, com base na distribuição de fichas e atendimento curativo. Esse evento pode levar os responsáveis pelas crianças a buscarem outros serviços de saúde, ou até mesmo atendimento em clínicas particulares.¹⁰

Quanto a Acessibilidade, nesse atributo, os responsáveis foram questionados a respeito da possibilidade do atendimento no mesmo dia que foi solicitada à consulta, quando a criança está doente, sobre o tempo de espera, quanto à facilidade de marcar hora para uma consulta, sobre o tempo de espera nos atendimentos e a atenção no atendimento do serviço. Observa-se uma média inferior da considerada ideal para APS, evidencia-se dessa maneira as dificuldades do acesso ao serviço de saúde.

Sendo a acessibilidade, elemento que fornece a capacidade do usuário em ter acesso aos serviços de saúde sempre que necessite, de maneira fácil e conveniente, o não alcance desse atributo implica no comprometimento das pessoas chegarem ao serviço, que podem ser influenciados por aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos.¹¹

Nesse contexto a Longitudinalidade refere-se ao acompanhamento por parte dos profissionais da APS aos usuários que frequentam a unidade de saúde ao longo do tempo, e a relação terapêutica de confiança que é estabelecida entre o profissional da saúde e o paciente. Este atributo é considerado uma característica central deste nível de atenção à saúde.¹² No presente estudo, esse item, alcançou escore de 4,6, o que demonstra uma falha na continuidade e efetividade da assistência, demonstrado na variável que questiona se “o (a) “médico/ enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança”, para o qual 34% dos entrevistados responderam “com certeza não”. Resultado semelhante também foi encontrado no estudo realizado no município de Colombo, estado Paraná que tinham como objetivos avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados relativos à APS no cuidado prestado na atenção primária às crianças, sob ótica de suas famílias, e comparar o desempenho das Unidades Básicas de Saúde e USF quanto a esses atributos.¹⁰

Um dos problemas que interfere na manutenção da longitudinalidade é a rotatividade dos profissionais na unidade, percebido na variável “Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas às vezes?”, apenas 54% dos responsáveis responderam “com certeza sim”, isso demonstra que a relação estabelecida médico/enfermeiro-paciente é de forma superficial, com pouco vínculo.

A rotatividade dos profissionais de saúde implica em perda de pessoas estratégicas, o que ocasiona a ruptura da continuidade da assistência, gerando maiores custos com capacitações da equipe, interrupções nos programas de saúde e prejuízos aos usuários.¹³

Quanto ao atributo Coordenação, este objetiva ofertar ao usuário, serviços e informações que respondam as suas necessidades de saúde integralmente por meio de diferentes

pontos da rede de atenção à saúde, sendo de importância relativa para outros atributos.¹¹ No PCATool, a Coordenação está dividida em Coordenação – Integração de Cuidados e Coordenação – Sistema de Informações.

Com relação à Coordenação – Integração de Cuidados foi necessário inicialmente responder se a criança foi encaminhada a um especialista enquanto está sendo acompanhada pela ESF. Do total dos participantes, 8 (16%) responderam afirmativamente essa questão, e obteve o menor escore em relação aos outros atributos. Isso revela a dificuldade de estabelecer uma integração e continuidade na assistência, percebido na variável “O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?”, 75% dos responsáveis responderam “com certeza não”, isso demonstra fragilidade na contra-referência entre os serviços.

O alto escore do atributo Coordenação – Sistema de Informações evidencia que existe uma adequada disponibilidade de registro e informações sobre o desenvolvimento da criança^{5,8} que está relacionado ao uso de instrumentos padronizados, como, cartão de vacina, gráficos para acompanhar o peso e o crescimento, o uso de instrumentos tais como balança infantil e antropômetro, que colabora positivamente na avaliação da estrutura do serviço de saúde, que segundo Donabidean (1990), avalia os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para assistência à saúde.¹⁴

Já o atributo Integralidade revela que o primeiro nível de atenção à saúde deve ser organizado de tal maneira que o paciente tenha acesso a todos os tipos de serviço de saúde, mesmo que alguns não possam ser oferecidos eficientemente dentro dela, isso inclui encaminhamentos para serviços secundários e terciários.⁴ O PCATool divide a Integralidade em dois elementos, a Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados.

No tocante aos Serviços Disponíveis, este obteve o segundo menor escore médio da pesquisa (3,8), semelhante ao resultado de outro estudo realizado em Montes Claros, estado de Minas Gerais que tinha como objetivo avaliar os atributos da APS na assistência à saúde infantil ofertada pelas equipes da ESF¹⁵, isso demonstra que os entrevistados desconheciam alguns serviços que são prestados na ESF avaliada. Apenas as variáveis vacinas (imunizações), planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais e aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV apresentaram avaliação positiva, enquanto que as demais variáveis obtiveram percepção abaixo do ideal.

Em relação aos Serviços Prestados o escore foi classificado como baixo (4,0), este avalia se determinados assuntos essenciais para o cuidado à saúde da criança foram discutidos durante as consultas. Nos assuntos “segurança do lar: como guardar medicamentos com segurança”, “maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança” e “maneiras para manter a criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão” resultaram nas respostas “com certeza não” respectivamente em 48%, 70% e 64%, o resultado demonstra que está aquém do estabelecido na APS.

Segundo relatório da Rede Nacional Primeira Infância (2014), sobre acidentes com crianças de 0 a 9 anos, as principais causas de mortes foram por acidentes de trânsito (33%), seguidos de afogamento (23%), sufocação (23%) queimaduras (7%), quedas (6%) e outros (6%). É importante que o profissional de saúde dê orientações de como manter a criança segura, longe de perigo que possa resultar em óbito, visto que acidente é considerado um problema de saúde pública.¹⁶ Segundo a estratégia AIDPI é fundamental que o enfermeiro/médico proporcione conhecimento e prática para os pais durante as consultas, na atenção ao cuidado de seus filhos.¹⁷

No que diz respeito ao atributo Orientação Familiar, o escore obtido foi 4,5. Avaliando as três perguntas que compõe esse atributo, somente a questão dois que trata se o profissional questiona a respeito de doenças ou problemas que existam na família da criança como o câncer, alcoolismo, depressão, obteve-se resposta “com certeza sim” em 56%, as demais questões alcançaram em sua maioria resposta “com certeza não”. Isso configura falhas da equipe multidisciplinar no conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e aos cuidados das doenças.⁴

A falta de interesse a respeito da opinião dos responsáveis pelas crianças sobre a saúde das mesmas foi observado na resposta à pergunta “O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?”, na qual 56% responderam “com certeza não”. O manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI trás um instrumento que avalia a opinião da mãe a respeito do desenvolvimento da criança, que segundo o mesmo, valorizar a percepção da mãe é importante, pois a mãe é quem mais convive com a criança, portanto, é quem mais a observa.¹⁷

No que tange a Orientação Comunitária, último atributo a ser discutido, esse diz respeito ao conhecimento do contexto social em que a comunidade está inserida.¹⁸ Para esse atributo os responsáveis pelas crianças foram interrogados sobre a realização das visitas domiciliares pelo serviço, o reconhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde da comunidade, a realização de pesquisas para investigação dos problemas de saúde que mais acometem a vizinhança e a existência de convites para a comunidade participar dos Conselhos de Saúde.

O escore obtido nesse atributo (6,5) foi próximo ao escore de referência (6,6). Isso demonstra a precariedade do interesse de busca dos profissionais de saúde em conhecer os problemas inseridos na comunidade, como também a restrita participação da comunidade nos serviços e ações da ESF da Clínica de Saúde da Família.

Diante desses resultados, o escore geral referente a todos os atributos foi de 5,2, ou seja, os pressupostos da APS não estão sendo inseridos de maneira eficaz na rotina da Clínica de Saúde da Família para atenção à saúde crianças menores de 5 anos.

Outro estudo realizado na cidade de Oviedo na Espanha, que tinha como um dos seus objetivos conhecer a política de assistência à saúde de crianças e adolescentes

que necessitam de cuidados especializados, também demonstrou carência em relação à cobertura de serviços de saúde no primeiro nível de assistência para atender às necessidades dessa clientela.¹⁹

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto à extensão da área e a dificuldade de conseguir os ACS para dá o suporte no acompanhamento durante a coleta de dados. Os ACS estabelecem a ponte entre a UBS e a comunidade, e na ausência desses, o acesso à família da criança se torna difícil, ou seja, com o auxílio dos mesmos há uma maior facilidade em adentrar no domicílio da família.

CONCLUSÃO

A avaliação da ESF na Clínica de Saúde Dr. Davi Marcos de Lima, em Lagarto, Sergipe, revela que os escores dos atributos da APS de uma forma geral foram insatisfatórios, isto implica em dizer que grande parte dos atributos da APS não foram implantados na prática assistencial do cuidado primário às crianças. Percebe-se então, que existem barreiras organizacionais que impedem o alcance da APS resolutive e de qualidade.

É preciso reorganizar o processo de trabalho de maneira que o serviço ofereça a facilidade em marcar hora para uma consulta, diminuir tempo de espera para o atendimento, continuidade da assistência, processo de referência e contra – referência efetivo, disponibilização de suturas e outros serviços, maior conhecimento dos profissionais sobre a importância da relação profissionais de saúde-paciente, do vínculo com a família da criança e da aproximação com a comunidade em que a criança está inserida.

É válido ressaltar que para o alcance de novas mudanças na organização, estrutura e comportamento, é necessário a responsabilização de todos os envolvidos no processo de trabalho da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCAtool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012, p. 71-99.
4. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002, p.726.
5. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. Rev Bras Enferm, Paraná. 2014, 67(5): 794-802.
6. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. Ciênc Saúde Coletiva. 2006, 11(3): 739-43.
7. Polit, DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.—7ed.—Porto Alegre. Artmed. 2011, 669 p.

8. Fraccolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2014, 19(12): 4851-4860.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. 2007, p.232 (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)
10. Oliveira VBCA. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo - Paraná [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012 [citado 2017-03-22]. doi:10.11606/D.7.2012.tde-22022013-125217.
11. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013, 66(esp):158-64.
12. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011[cited 2014 Jan 23]; 16:1029-42.
13. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, 15(1):1521-1531.
14. Donabedian A. The seven pillars of quaity. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-8.
15. 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):323-334.
16. Plano nacional da primeira infância. Projeto observatório nacional da primeira infância. Mapeamento da Ação Finalística. Evitando Acidentes na Primeira Infância. 2014
17. Organização Pan-Americana da Saúde Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC, 2005.
18. Fraccolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 2015;39(1):54-61
19. Cava AML, Diaz MPM. Assistência a crianças com problemas crônicos de saúde no contexto das unidades públicas de saúde Brasil/Espanha. *R. pesq.: cuid. fundam*. Online 2010. Out/dez. 2 (Ed. Supl.): 756-759.

Recebido em: 22/06/2017

Revisões requeridas: 11/09/2017

Aprovado em: 03/11/2017

Publicado em: 18/06/2020

Autora correspondente

Adênia Káren Cardoso Costa

Endereço: Rua Alfredo de Souza Libório, 91, Centro

Lagarto/SE, Brasil

CEP: 49400-000

E-mail: enfermeiraadenia@hotmail.com

Número de telefone: +55 (79) 99897-9282

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**