

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MÔNICA TÁBATA HERINGER STRECK

**PREVALÊNCIA DO ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Santa Maria, RS

2019

MÔNICA TÁBATA HERINGER STRECK

**PREVALÊNCIA DO ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Teresinha Heck Weiller

Co-orientador: Prof.^o Dr Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Santa Maria, RS

2019

FICHA CATALOGRAFICA

STRECK, Mônica Tábata Heringer
Prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato na
Atenção Primária à Saúde da criança e do adolescente /
Mônica Tábata Heringer STRECK.- 2019.
97 p.; 30 cm

Orientador: Teresinha Heck WEILLER
Coorientador: Jessye Melgarejo do Amaral GIORDANI
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Acesso aos Serviços de Saúde 2. Atenção Primária à
Saúde 3. Avaliação em Saúde 4. Criança 5. Enfermagem I.
WEILLER, Teresinha Heck II. GIORDANI, Jessye Melgarejo
do Amaral III. Título.

COMISSÃO EXAMINADORA

PREVALÊNCIA DO ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

MÔNICA TÁBATA HERINGER STRECK

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Área Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de pesquisa: Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Dr^a Teresinha Heck Weiller (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Dr Jessye Melgarejo do Amaral Giordane (UFSM)
(Coorientador)

Dr^a Laís Mara Caetano da Silva (UFSM)

Dr^a Letícia Silveira Cardoso (Unipampa)

Prof.^aDr.^a Maria Denise Schimith (UFSM)

Santa Maria, RS

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à Deus, criador do céu e da terra, que me permitiu concluir essa etapa da minha vida.

Agradeço a minha família pai Aurélio e mãe Giovane Streck, irmã Morgana Marx e noivo Tomás Dalla Corte pelo alicerce, apoio, amor incondicional, incentivo, pela compreensão nos momentos que me fiz ausente. Amo vocês!

Às minhas colegas Bruna e Jordana, por estarmos lado a lado nestes dois anos de pós graduação, pela amizade e companheirismo.

Aos meus colegas de trabalho, pela paciência e pelas ausências necessárias para meu aperfeiçoamento.

À minha orientadora Prof. Dr^a Teresinha H Weiller, pela oportunidade de estar sob sua orientação, novamente, assim como foi na Residência Multiprofissional. És minha referência como profissional e pessoa, agradeço pela palavra amiga em momentos de aflições e de sempre me estender a mão. Obrigada Terê!

Ao Prof. Dr Jessye M. Giordani por estar conosco nesse desafio, principalmente, pela disponibilidade nas análises dos dados e de contribuir com o meu aprendizado.

À banca examinadora Prof^a Dr^a Laís Mara Caetano da Silva Prof^a Dr^a Letícia Silveira Cardoso Prof^a Dr^a Maria Denise Schimith por aceitarem o convite, sei que não é fácil estar nessa condição de avaliação e também, de se fazerem presentes na defesa.

À Universidade Federal de Santa Maria e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, especialmente, a Coordenadora Prof^a Dr^a Eliane Tatsch Neves e ao secretário Girlei Dario Zemolin Teixeira pela disposição em ajudar-me quando foi necessário e para a minha qualificação profissional.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, que desde o início me incentivaram a realizar o mestrado, também auxiliaram nessa pesquisa.

À todas as pessoas que, de alguma forma, se fizeram presente nessa trajetória.

Obrigada à todos!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho
À Deus, minha fortaleza!
À minha amada família,
E aos professores que contribuíram na minha qualificação.

RESUMO

PREVALÊNCIA DO ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

AUTORA: Mônica Tábata Heringer Streck

ORIENTADORA: Dr^a Teresinha Heck Weiller

CO-ORIENTADOR: Dr Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Esta dissertação tem o objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato de crianças e adolescentes em serviços de Atenção Primária à Saúde nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Abordagem quantitativa, observacional, descritivo, transversal e multinível, realizado em dois níveis: contextual (municípios) e individual (criança/adolescente). Foi aplicado com cuidadores de crianças e adolescentes com idade de 0 a 18 anos incompletos, nos serviços de saúde dos 32 municípios pertencentes a coordenadoria. Os dados contextuais foram coletados em sites oficiais da internet do Governo Federal Brasileiro e os dados individuais foram coletados por meio de questionário sócio econômico e do instrumento Primary Care Assessment Tool- Brasil versão criança. **Resultados:** Nas variáveis contextuais, o porte populacional mostrou-se estatisticamente significativo para a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato, portanto os municípios com até 5 mil habitantes foram os que apresentaram maior prevalência desse atributo. Nas variáveis individuais, usuários com idade de 12 a 18 anos incompletos, fase essa compreendida como adolescência, possuíam 22% maior prevalência de acesso quando comparadas às crianças com menos de 5 anos. Outra característica é que não possuir plano de saúde faz com que os usuários tenham maior prevalência de acesso quando comparada com os que possuem plano de saúde. Os usuários que possuíam renda familiar mensal mais baixa avaliaram melhor o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde. **Conclusão:** Ao fim do estudo, obtivemos a publicação de um artigo científico de revisão integrativa sobre o tema, em uma revista de âmbito internacional e dois artigos para posterior submissão em revistas científicas. Espera-se favorecer a prática de avaliação em saúde na atenção primária do país, bem como contribuir em ações capazes de melhorar a qualidade, o planejamento e a execução de ações em saúde, articulando estrutura e processo dos serviços.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Criança; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

PREVALENCE OF THE ATTRIBUTE ACCESS OF FIRST CONTACT IN THE PRIMARY ATTENTION TO THE HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

AUTHOR: Mônica Tábata Heringer Streck
ADVISOR: Dr^a Teresinha Heck Weiller
CO-ADVISOR: Dr Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

This dissertation aims to analyze the prevalence and the factors associated to the presence of the First Contact Access attribute of children and adolescents in primary health care services in the municipalities of the 4th Regional Health Coordination / Rio Grande do Sul. **Methodology:** Quantitative approach, observational, descriptive, transversal and multilevel, carried out at two levels: contextual (municipalities) and individual (child / adolescent). It was applied with caregivers of children and adolescents aged 0 to 18 years, incomplete, in the health services of the 32 municipalities belonging to the coordination. The contextual data were collected on official websites of the Brazilian Federal Government and the individual data were collected through a socio-economic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool - Brazil child version. **Results:** In the contextual variables, the population size was statistically significant for the presence of the First Contact Access attribute, so the municipalities with up to 5 thousand inhabitants were the ones that presented the highest prevalence of this attribute. In the individual variables, users aged 12 to 18 years incomplete, this phase understood as adolescence, had a 22% greater prevalence of access when compared to children under 5 years. Another feature is that not having a health plan makes users have a higher prevalence of access when compared to those who have health insurance. Users who had lower monthly family income better assessed first contact access to health services. **Conclusion:** At the end of the study, we obtained the publication of a scientific article about integrative review on temá, in a journal of international scope and two articles for later submission in scientific journals. It is hoped to favor the practice of health evaluation in primary care in the country, as well as to contribute to actions capable of improving the quality, planning and execution of health actions, articulating structure and process of services.

Key words: Access to Health Services; Kid; Primary Health Care; Health Evaluation; Nursing.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

INTRODUÇÃO

Figura 1: As expectativas da avaliação na Atenção Básica no SUS.....	16
Figura 2: Saúde da criança. Materiais informativos do Ministério da saúde.....	23

METODOLOGIA

Figura 3: Mapa da 4ª CRS	29
--------------------------	----

RESULTADOS

ARTIGO 1

Figura 1: Seleção de estudos nas bases de dados.....	39
--	----

ARTIGO 2

Figura 1: Modelo teórico-conceitual das relações entre as variáveis	57
---	----

LISTAS DE TABELAS

RESULTADOS

ARTIGO 1

Quadro 1 - Estudos selecionados nas bases de dados.....	40
---	----

ARTIGO 2

Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta.....	58
--	----

Tabela 2: Descrição das Razões de Prevalência ajustadas para as variáveis do nível de equipe de saúde e individuais.....	60
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS - Centro de Ciências da Saúde
CEPEEn - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIR - Comissão de Intergestores Regional
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRISP- Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
DECS - Descritores em Ciências da Saúde
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
DP - Desvio Padrão
DST's (ITS) – Doenças/ Infecções Sexualmente Transmissíveis
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HD - Hard Disk
ICSAB - Índice de Condições Sensíveis à Atenção Básica
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS - Ministério da Saúde
MeSH - Medical SubjectHeadings
NE - Nível de Evidência
OMS - Organização Mundial da Saúde
PCATool – Primary Care Assessment Tool
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAISC- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PBE - Prática Baseada em Evidências

PUBMED - US National Library of Medicine
PPGenf - Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PSE- Programa Saúde na Escola
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RS - Rio Grande do Sul
RP - Razão de Prevalência
SUS - Sistema Único de Saúde
TC - Termo de Confidencialidade
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

APÊNDICES

APÊNDICE A – Artigo publicado em International Journal of Development Research – IJDR.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade (TC).

APÊNDICE D – Questionário Sócio Econômico.

ANEXOS

Anexo A - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool Brasil
Versão Criança – Atributo Longitudinalidade

Anexo B – Parecer com substanciado do CEP

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVO	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
3.1 ASPECTOS DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	24
3.2 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE IMPLICADAS NO ACESSO	27
3.3 ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NO PCATool-BRASIL E SUA VERSÃO PARA CRIANÇA	29
4. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	30
4.1 Delineamento do estudo	30
4.2 Cenário de Pesquisa	31
4.3 População	32
4.4 Coleta de dados	33
4.5 Análise dos dados	33
4.6 Aspectos éticos	35
5. RESULTADOS	36
ARTIGO 1	36
ACESSO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS EM TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS	36
ARTIGO 2	45
O ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	68

APENDICE A: ARTIGO PUBLICADO EM INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH.	72
APENDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	92
APENDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	93
APENDICE D – QUESTIONÁRIO SÓCIO ECONÔMICO	94
ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	95
ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	97

1. INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, a infância e a adolescência passam a ser compreendidas como categorias socialmente construídas, passando ao Estado a responsabilidade e obrigatoriedade de proporcionar saúde, educação e assistência, o que é garantido pelo art. 227 da Constituição Federal de 1988. Contudo os direitos da criança ficam evidentes e são assegurados na década de 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

As primeiras políticas de saúde voltadas para essa população apresentavam caráter curativo e individualizado. Ao passar do tempo, novas políticas buscaram superar os conceitos centrados no atendimento individualista com ações e medidas que buscavam garantir a sobrevivência e a qualidade de vida infantil (ARAÚJO et al, 2014). Com a melhoria das condições de vida da população, o progresso tecnológico, o desenvolvimento econômico e social, possibilitou-se diagnósticos mais precisos e terapêutica mais adequada, fatores que contribuíram para a redução da mortalidade infantil, propiciando, principalmente, o aumento da sobrevivência das crianças (ARAÚJO et al. 2014; MENDES, 2012).

Iniciou-se, em 1985, a redemocratização marcada por tensões entre propostas assistencialistas e universalizantes que disputavam uma resposta do Estado à dívida social acumulada durante a ditadura. Incorporou-se a partir da Constituição Federal de 1988, uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais, reconhecendo o direito à saúde e o dever do Estado. Como princípios organizativos, definem-se a descentralização da gestão para os municípios, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, a resolutividade em todos os níveis de atenção e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução (BRASIL, 1990).

Para o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Esses países organizaram seus sistemas de

saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para APS (OLIVEIRA, 2007).

Ao longo dos últimos anos, o Programa Saúde da Família (PSF) e posteriormente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), representaram o modelo de reorientação da APS, apresentando um aumento na cobertura e financiamento das ações desse nível de atenção (BRASIL, 2006). Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituiu-se um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, no que se refere a política assistencial no país (BRASIL, 2011).

Como já referenciamos anteriormente, o ECA constitui-se como conjunto de leis e normas jurídicas, nele as questões da infância e do adolescente são tratados de modos diferentes quando comparado às leis existentes no passado. Dessa forma, o estatuto afirma que a criança goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, além dos específicos da criança, estando num processo de formação e desenvolvimento típico da idade. A idade da criança é delimitada dos zero até os doze anos de idade incompletos (SOUZA, VERÍSSIMO; 2015).

Já sobre a adolescência a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como etapa evolutiva de desenvolvimento biopsicossocial que se inicia com as mudanças corporais e termina com a integração social e independência econômica (BRASIL, 2010). Pelo ECA (1990) compreende as idades de doze anos a dezoito anos incompletos.

A criança e o adolescente devem ser assistidos em todos os níveis de atenção à saúde. Para Mendes (2011), a APS é um dos pontos de atenção essencial, pois é a organizadora dos serviços de atenção à saúde, desempenha um papel coordenador para interação entre todos os elementos integrantes da rede, cumprindo as funções de resolução, organização e responsabilização.

A APS é definida como primeiro nível de atenção no sistema de saúde, a qual é caracterizada como a porta de entrada na rede de atenção sendo a coordenadora dessa rede e responsável pelo cuidado a criança e ao adolescente. Um dos atributos desenvolvidos pela APS é a garantia do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo a criança e a família, promovendo a vinculação pela atenção às suas necessidades de saúde (STARFIELD, 2002). Para Weiller (2008) o sistema de saúde brasileiro ao organizar a atenção à saúde em níveis, entende que este deve ser integral, bem como que sua efetivação deva ocorrer em distintos momentos (níveis), garantindo o acesso dos usuários à integralidade da assistência.

O acesso ao usuário é fundamentado no acolhimento, escuta qualificada e pela oferta de um serviço com resolutividade da maioria dos problemas de saúde e responsabilização pelo acompanhamento do cuidado, mesmo que esse seja ofertado em outro ponto da rede de atenção (STARFIELD, 2002).

A partir deste contexto, para garantir o acesso e os demais atributos da APS a criança e ao adolescente, se faz necessária a avaliação da atenção à saúde, que consiste na coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de interessados, de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade, tomada de decisões, quais são seus resultados e como podem ser ajustados (PATTON, 1990).

A avaliação faz um julgamento sobre uma intervenção, implementando o dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, com o objetivo de que os diferentes atores envolvidos, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente as ações (CHAMPAGNE et al., 2011).

Sendo a avaliação um conjunto de conhecimentos e práticas organizados e sistemáticos, desde os primórdios, a mensuração sempre foi uma das suas características mais marcantes (FURTADO, 2001). Com o tempo, outras características foram agregadas à avaliação, como a descrição dos processos, o julgamento e a negociação, mas estas não substituem a importância da mensuração.

As definições de avaliação são abrangentes, porém, a definição ajuda a compreender que as avaliações não buscam apenas informações, mas também procuram orientar as mudanças necessárias a uma dada intervenção. É possível perceber a importância do envolvimento de outros atores no processo avaliativo e, mais especificamente, na definição dos critérios de julgamento, além de nos aproximar das diferentes concepções do que seja a qualidade em saúde (CHAMPAGNE et al., 2011).

No Brasil, o MS instituiu uma política de avaliação da atenção básica, que institui estratégia de institucionalização da avaliação por meio de sua incorporação à rotina dos serviços de saúde, capacidade técnica para adotar as ações de monitoramento e avaliação como elementos essenciais da gestão em saúde (BRASIL, 2006), como evidencia a Figura 1.



Figura 1 – As expectativas da avaliação na Atenção Básica no SUS. Fonte: Brasil, 2005.

O uso de dispositivos gerenciais tem ajudado a incorporar o monitoramento e a avaliação às práticas da gestão, pois para a gestão em saúde a avaliação da APS tem como objetivo melhorar as ações em saúde, prestar contas e produzir o conhecimento para a prática de uma saúde de qualidade na visão dos atores envolvidos, articulando os diferentes indicadores sociais, de saúde e dos serviços, proporcionando mudanças permanentes das práticas, incorporando a micropolítica, a ética, a subjetividade e os conflitos às ações locais (CARVALHO et al; 2012, CRUZ et al; 2014).

O processo de avaliação deve ser construído para prever a inclusão dos indivíduos fora do sistema, identificando possíveis exclusões e compensando diferenças existentes, observando os princípios previstos na Constituição Federal de 1988 que orienta os preceitos da integralidade, universalidade e o controle social, além disso, garante também o retorno para as equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade por meio de ações e intervenções efetivas (SOUSA, 2014).

Sobre instrumento de avaliação, com base no modelo de avaliação proposto por Donabedian (1966), cuja avaliação da qualidade é realizada a partir de uma tríade que utiliza aspectos de estrutura, processo e resultado, Starfield e colaboradores (2002) desenvolveram um instrumento de avaliação que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, denominado Primary Care Assessment Tool (PCATool).

O PCATool-Brasil é aplicado em forma de entrevistas visando mensurar às ações de saúde, refletindo os diferentes graus em relação aos serviços de saúde (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001; HARZHEIM et al., 2006). O instrumento apresenta três versões: criança, adulto e profissionais. Cada atributo essencial identificado no instrumento é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo e cada componente apresenta um número determinado de itens (perguntas e respostas (BRASIL, 2010).

Para efetivar uma avaliação de qualidade da APS, o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) surge como uma possibilidade de identificar aspectos da estrutura e do processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, no que diz respeito ao planejamento e na execução das ações (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

O uso do instrumento no país torna o estudo relevante, visando a realização de pesquisas rigorosas e de qualidade. Ele exige comprovação e revisão do processo de trabalho na busca por qualidade, planejamento e execução das ações da assistência, assegurando o esforço na melhoria da atenção à saúde aos indivíduos (HARZHEIM et al., 2010).

Assim, este estudo foi norteado pela seguinte **questão de pesquisa**: qual a prevalência do atributo acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde da criança e do adolescente na 4ª Coordenadoria Regional da Saúde/RS?

Sob essa perspectiva, buscou-se proporcionar momentos e espaços de reflexão para os gestores, profissionais de saúde e usuários acerca das práticas cotidianas da saúde. Além disso, o trabalho vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem por objetivo orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança (BRASIL, 2015).

Do mesmo modo, comparar os resultados desse estudo com outros realizados no país e no mundo, analisar os modelos de atenção dos municípios, apontar fragilidades e potencialidades do sistema, bem como oferecer subsídios para repensar os processos de gestão, é importante para reforçar e direcionar o percurso do acesso do usuário nesse nível de atenção.

Esta pesquisa teve apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), número do processo 341373144.00000.5346, realizado pelo Grupo Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem na Linha Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, coordenado pela professora Dr^a Terezinha Heck Weiller. Os grupos de pesquisa, são espaços de forte interação entre os três universos o ensino, a pesquisa e a extensão. Participar do grupo de pesquisa é de grande importância para envolvimento em atividades que podem influenciar o futuro profissional, seja para praticar a profissão escolhida com rigor científico, seja para se tornar um pesquisador.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Avaliar o acesso de primeiro contato da criança e do adolescente nos serviços de APS da 4ªCRS/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a produção brasileira de teses e dissertações desenvolvidas sobre o acesso de primeiro contato de crianças na APS (Artigo 1);
- ✓ Revisar na literatura o acesso da criança aos serviços da APS (Apêndice A);
- ✓ Analisar a prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato de crianças e adolescentes em serviços de APS nos municípios pertencentes à 4ª CRS/RS, questão da análise multinível (Artigo 2);

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para subsidiar a construção da problemática de investigação da pesquisa, se faz necessário trazer elementos teóricos que serão apresentados a seguir.

3.1 ASPECTOS DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

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 único de saúde (SUS). Com essas iniciativas, os serviços de saúde se organizaram para atender as diversas demandas dos grupos sociais. A APS é definida como o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, caracterizada 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 APS (VIANA; DAL POZ, 2005).

Para organizar o acesso e otimizar recursos, regulamenta-se o conceito de porta de entrada como sendo as ações e serviços de saúde presentes nas redes regionalizadas e hierarquizadas nos serviços de APS, urgência e emergência e atenção psicossocial. Embora estejam previstas outras portas de entrada no SUS, a APS está colocada como porta de entrada preferencial, sendo integrante da referência e contra referência, a ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e o mais próxima possível da comunidade. Além disso, funciona como a primeira instância de regulação para serviços de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2011).

Na dimensão da criança, em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde desta população. Esta ação tinha como foco o acompanhamento das crianças não apenas nas

unidades de saúde, mas também nos domicílios, creches e escolas (BRASIL, 2004).

Em 2006, o MS estabelece o Pacto pela Vida, o qual é focado em um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, com a pactuação de metas e prioridades, tais como a redução da mortalidade infantil e materna, com o objetivo de apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes (BRASIL, 2006a). Em cada momento político que vive o Brasil, tentativas são feitas para melhorar as condições de saúde da população e em específico da saúde da criança.

Nesse sentido, em 2011, para operacionalizar a atenção à saúde em redes, é lançada a portaria nº 1.459, que institui a Rede Cegonha, a qual tem como um dos seus objetivos prestar atenção integral a saúde da criança nos primeiros dois anos de vida, desde a promoção do aleitamento materno até a oferta de atendimento médico especializado para eventuais necessidades. Outra ação prevista na Rede Cegonha direcionada às crianças é a de equipar as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha) para garantir um transporte seguro do recém-nascido quando necessário (BRASIL, 2011c).

No campo das políticas de saúde, no ano de 2015 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 1.130. Tem como eixo central a promoção e proteção da saúde da criança e o Aleitamento Materno (AM), através da atenção e cuidados integrais e integrados, desde o período da gestação até os nove anos da criança. (BRASIL, 2015c). É constituída de sete eixos estratégicos, que orientam as ações e serviços de saúde da criança. Para melhor compreensão, apresenta-se a figura 2, na qual constam seus componentes.

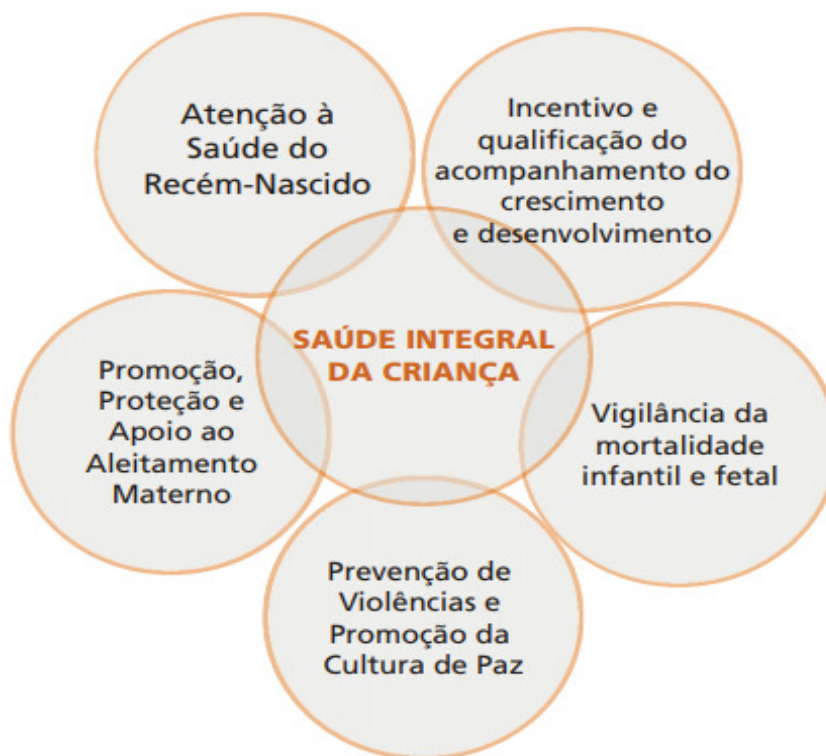


Figura 2: Adaptado da PNAISC. Brasil, 2015.

Em 2017, foi lançado projeto de nível nacional, chamado de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On) que visa a melhoria das condições de vida e saúde integral das mulheres, direcionado aos hospitais com atividade de ensino, inclusive os hospitais universitários. Seu foco é torna-los referenciais em boas práticas de cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo no pós-parto e pós-aborto, atendimento a vítimas de violência sexual, em situações de abortamento e aborto legal (BRASIL, 2017b).

Com isso, devem ser assegurados à criança e ao adolescente, enquanto usuários da APS e do SUS, os seguintes fundamentos e diretrizes: acessibilidade, acolhimento, integralidade, vinculação, corresponsabilização, resolutividade e responsabilização. A atuação em equipe está entre um dos princípios norteadores do cuidado na saúde, com a articulação dos diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, ajudando a efetivar o trabalho, com intuito de produzir resposta

qualificada às necessidades em saúde da criança e adolescente (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços do SUS, principalmente devido a pressão social pela garantia de direitos, não podemos desconsiderar que o acesso aos serviços de saúde, para muitas pessoas, está muito longe de ser alcançado. Este fato pode ser evidenciado pelos altos índices de mortalidade entre crianças em especial, por condições redutíveis por ações simples, desenvolvidas pela APS, o que pode resultar através de decréscimo de mais de 60% desses indicadores (SILVA et al; 2013).

O dever de oferecer atenção integral à saúde da criança e do adolescente é um desafio à gestão e aos serviços de saúde. Para tanto, é necessário desenvolver tecnologias de cuidado, ampliar a capacidade de acolhimento dos serviços de saúde, de escuta e a responsabilização dos trabalhadores de saúde superando o modelo biomédico da atenção em saúde (ERDMANN; SOUSA. 2009).

3.2 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE IMPLICADAS NO ACESSO

Caracterizado como período de mudanças e transição para o desenvolvimento pleno do ser humano, a adolescência envolve alterações desde aspectos físicos, emocionais, sociais até sexuais. O adolescente é foco de atenção nas políticas públicas do Brasil, desde a criação do ECA, com iniciativas envolvendo parcerias entre instituições civis e as instâncias do Poder Executivo (SPOSITO, CARRANO; 2003).

Na área da saúde, o MS em 1989 criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), com atividades relacionadas a promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Mais recentemente, em 2005 foi implantado o Programa Saúde na Escola (PSE) que objetiva capacitar os jovens sobre questões de saúde, sexualidade e violência. Destaca-se também, o Programa Fica-Vivo, vinculado ao Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP), que busca desenvolver ações de repressão contra a criminalidade e buscar a

reinserção social de adolescentes e jovens com histórico de violência (TEIXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013).

As abordagens em saúde ao adolescente, entre outros motivos justificam-se pelo aumento do número de casos de gravidez na adolescência, do consumo de drogas lícitas e ilícitas e do número de casos de DST's/AIDS, associados a um significativo número de óbitos relacionados às causas externas como a violência e o suicídio (ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, THOFEHRN, PORTO. 2010).

A concepção de cuidado ao adolescente, traz considerações sobre o modelo de atenção fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, ressaltando-se o princípio do acesso. Assim, o cuidado a esse público pressupõe a horizontalização das ações e das relações profissionais para favorecer o acesso aos serviços e atingir as necessidades de saúde destes jovens (VITALLE, ALMEIDA, SILVA. 2010).

O acesso é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando este busca satisfação de uma necessidade de saúde. É entendido como a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempos e meios utilizados para o deslocamento (como filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização das situações de risco e possibilidade de agendamentos (ABREU; AMENDOLA, TROVO, 2017).

Compreender as situações vivenciadas pelos adolescentes tornou-se significativa para incluí-los como usuários do serviço. Assim, os trabalhadores deveriam estar preparados para captar demanda oriunda das necessidades, carências que não se resumem apenas no aspecto biológico, mas em todo o processo de viver e manter a saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Por isso, estimular a participação dos adolescentes no cotidiano da ESF, através dos recursos disponíveis é um meio que os gestores e os profissionais de saúde, garantir o acesso desse público na unidade de saúde (VIEIRA, et al; 2014).

3.3 ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NO PCATool-BRASIL E SUA VERSÃO PARA CRIANÇA

O conceito de acesso de primeiro contato é definido como uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis para sua própria saúde e da comunidade. Como a efetividade da maioria dos serviços de saúde é desconhecida por parte dos usuários, tal definição não tem utilidade, cabendo aos serviços interferirem no esclarecimento das funções destes aos usuários (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 1984).

A acessibilidade na visão de Donabedian (1984) é a possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços de saúde. Consiste no aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e esse aspecto necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Acesso é a forma como a pessoa experimenta essa característica, sendo aquela o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local deve ser facilmente acessível e disponível, caso contrário, talvez afete negativamente o diagnóstico e manejo do problema.

Ainda para Donabedian (1984) o acesso inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento de saúde. Um exemplo disso, é o horário de atendimento dos serviços da APS, gerando uma barreira para o acesso. Outros exemplos que pode-se citar é preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social (PESSOA, GOUVEIA, CORREIA, 2017).

O acesso universal e igualitário à atenção em saúde será ordenado pela APS com base em avaliação de risco individual e coletivo, cronologia e especificidades, para isso, as regiões de saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BENACHI et al; 2012).

O serviço de saúde que é orientado pelos atributos da APS, se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial do ser humano. A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS (STARFIELD, 2002). Estes podem ser avaliados conjunta ou separadamente,

apesar de estar inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços da APS (BRASIL, 2010a).

A qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, dentro de uma abordagem acolhedora, que assegure continuidade e a coordenação da atenção à saúde (RIBEIRO, ROCHA, RAMOS, 2010). Neste contexto, o PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O serviço de saúde, por sua vez, independente do que define como acessibilidade, não oferece atenção ao primeiro contato a não ser que o usuário o reconheça como acessível e reflita isto na sua utilização (STARFIELD, 2002). A prestação de serviços que sejam acessíveis (característica estrutural) e do uso destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (característica processual). A acessibilidade e o acesso podem ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto do serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

A garantia do acesso é o primeiro item apresentado nos objetivos da regionalização da saúde do Pacto pela Saúde de 2006, sendo regulamentada pelas portarias ministeriais nº 399 e 699 que traz a Regionalização como um eixo estruturante do Pacto de Gestão, o qual deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores, garantindo acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal (BRASIL, 2006), promovendo dessa forma, uma atenção à saúde longitudinal e integral.

4. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, descritivo, transversal. Segundo Gil (2008) a pesquisa quantitativa permite que

os dados da pesquisa sejam quantificados, haja vista as amostras serem grandes, e consideradas representativas da população. Os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa e, assim, quantificado. Tais estudos tendem a enfatizar o raciocínio lógico dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.

4.2 Cenário de Pesquisa

O cenário de pesquisa foi constituído pelos serviços de APS dos municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS), a qual está localizada na região central (macrorregião Centro-Oeste) do Estado.

A 4ª CRS/RS estrutura-se em duas regiões de saúde: Verdes Campos e Entre Rios. A região Verdes Campos é formada pelos municípios de Faxinal do Soturno, Pinhal Grande, Ivorá, São Pedro do Sul, Quevedos, São João do Polesine, Paraíso do Sul, Dona Francisca, Silveira Martins, São Sepé, São Martinho da Serra, Toropi, Itaara, Formigueiro, Agudo, Dilermando de Aguiar, Vila Nova do Sul, Restinga Seca, Júlio de Castilhos e Nova Palma.

A região Entre Rios abrange os municípios de Jari, Jaguari, Mata, São Vicente do Sul, Capão do Cipó, Cacequi, Itacorubi, Nova Esperança do Sul, São Francisco de Assis, Unistalda e Santiago (SES/BRASIL, 2017) (Figura 3).

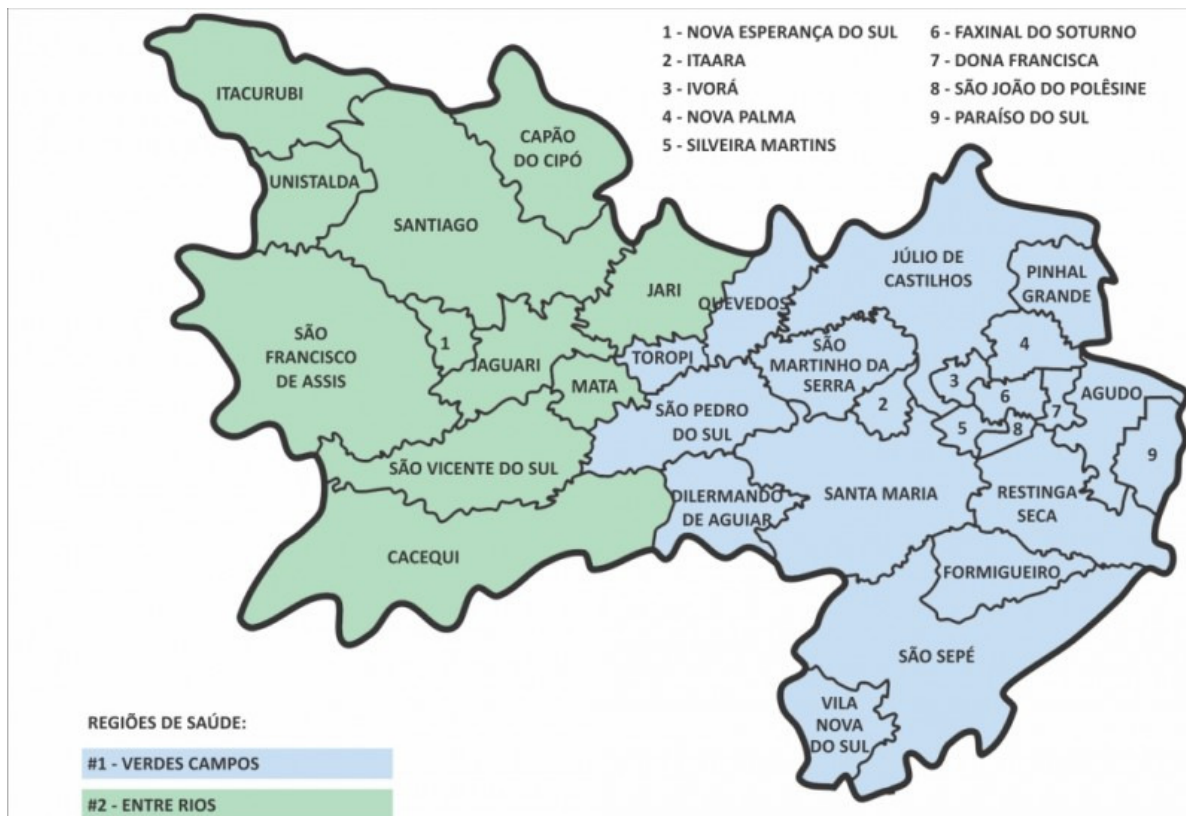


Figura 3 – SES/BRASIL, 2017. Disponível em:

<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=60>

53

4.3 População

O instrumento PCATool-Brasil versão Criança foi aplicado junto aos pais das crianças ou cuidadores (avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança.

Para o cálculo da amostra foi considerado o número total de crianças de 0 a 18 anos incompletos de idade, de acordo com dados do IBGE (2011). A população correspondia a 152.757 crianças 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 foi composta por 1.061 crianças. Foi utilizada uma amostragem não probabilística do tipo intencional, sendo selecionadas as familiar/cuidador por crianças.

Os critérios de inclusão foram: ser cuidadores de crianças de zero a dezoitos anos incompletos, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar

participar livremente da pesquisa. Os critérios de exclusão: aqueles que identificaram como serviço de saúde de referência um serviço fora do município; cuidadores que apresentassem algum tipo de distúrbio mental e que não mostrassem condições de saúde para compreender perguntas e emitir respostas. Não foi realizado sorteios, as entrevistas foram realizadas conforme disponibilidade.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre o período de 6 de fevereiro e 23 julho de 2015, os quais foram coletados de maneira informatizada a partir do software Epi Info® 7.0, com a utilização de *tablets*. Tendo em vista a coleta ter sido informatizada, os coletadores passaram por um curso de capacitação com carga horária de 10h/aula, com o propósito de operacionalizar a coleta de dados e promover a compreensão do PCATool.

Os pesquisadores se deslocavam até os municípios com a utilização de transporte coletivo intermunicipal, subsidiado com recursos do Edital Universal, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ (2014), recebendo de alguns municípios, quando necessário, transporte para deslocamento interno entre as unidades de saúde, alimentação e hospedagem.

As respostas foram semanalmente organizadas em um banco de dados criado no Programa *Microsoft Excel 2013* em um computador *Windows 8*. Ressalta-se que não houve necessidade de dupla digitação, pois o software *EpiInfo® 7* exporta diretamente os dados coletados em seu sistema, eliminando chances de erros causados por falhas na digitação. O banco de dados constituído está salvo em HD externo, sob responsabilidade e guarda da coordenadora do projeto.

4.5 Análise dos dados

Os dados serão analisados no software *Statistical Analysis System—SAS®, versão 9.0 for Windows 8* com os dados exportados do software *Epi Info 7.0*. Assim, foram calculados os escores do referido atributo, isto é, escore

mínimo, escore máximo, escore médio, desvio padrão e coeficiente de variação para que possa ser avaliado individualmente (BRASIL, 2010).

O atributo acesso de primeiro contato é formado por 2 componentes. O primeiro é Utilização (B) Itens = B1, B2 e B3. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Exemplo:

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

E o segundo componente é Acessibilidade (C) Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6. Os itens C2, C4 e C5 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão dos valores destes 3 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Como no exemplo:

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$$

Para avaliação da distribuição da normalidade utilizaremos o Teste de Shapiro Wilk ($n < 2000$) (SHAPIRO; WILK, 1965). Para verificação das variáveis associadas aos altos e baixos escores será utilizado o coeficiente de Correlação de Pearson, onde a direcionalidade da correlação é expressa por (+) e (-), podendo ser fraca, moderada e forte com relação a magnitude da força. Para avaliar a confiabilidade das respostas, utilizaremos o coeficiente alfa de Cronbach, sendo considerado valor mínimo e satisfatório os valores iguais ou superiores a 0,60 (DeVELLIS, 1991).

Os dados também serão analisados através do Software Stata 11, com apresentação das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson (BASTOS; OLIVEIRA; VELASQUE, 2015; SPIEGELMAN; HERTZMARK, 2005; BASTOS; HIRAKATA, 2003) Multinível (comando xtpoisson, com o subcomandore para os efeitos randômicos) (RABEHESKETH S; SKRONDAL, 2008) será utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo é componente de um projeto matricial intitulado “PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”. Posteriormente, junto ao termo de confidencialidade (TC) (ANEXO B) o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, obtendo a aprovação sob o número do CAAE34137314.4.0000.5346 (ANEXO C).

Quanto aos aspectos éticos do presente estudo estes foram assegurados de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que diz respeito a pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012).

Os participantes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária, recebendo explicações claras sobre a pesquisa. Os benefícios da participação compreenderam a produção de informações para o aprimoramento das ações já desenvolvidas e a ascensão de espaços para novas atividades de inclusão e valorização do profissional na APS.

A participação não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica, todavia, caso houvesse constrangimentos ou mal-estar, os mesmos seriam conduzidos pelo pesquisador a uma unidade de referência em saúde do município. Os participantes não foram identificados em nenhum momento sendo assegurada a privacidade, e os dados fornecidos foram mantidos em sigilo, garantindo-lhes a confidencialidade e o anonimato das respostas sem prejuízo à relação com os serviços de saúde ou trabalhistas. Ressalta-se que somente participaram da pesquisa aqueles que assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D), recebendo uma via do mesmo com as informações para acesso aos

pesquisadores, sendo-lhes assegurado o direito de retirar-se em qualquer momento, sem nenhum prejuízo, contemplando o benefício da autonomia.

O instrumento PCATool Brasil versão criança- Acesso de primeiro contato – Utilização e Acesso de primeiro contato- Acessibilidade estão no trabalho em ANEXO E. Os termos supracitados, os instrumentos utilizados nas coletas dos dados, bem como o HD externo com o banco de dados estão sob responsabilidade da Professora Dr^a. Teresinha Heck Weiller, por um período de cinco anos, e serão utilizados apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão excluídos. Pretende-se realizar a divulgação dos resultados da pesquisa para o serviço será por meio de um seminário junto à reunião de CIR da 4^a CRS, disponibilizando material com os resultados. No meio acadêmico, a divulgação dos resultados dar-se-á pela publicação de produções que contemplem os resultados da pesquisa.

5. RESULTADOS

ARTIGO 1

ACESSO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS EM TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS

RESUMO

Objetivou-se analisar as tendências das pesquisas na área da criança na Atenção Primária à Saúde (APS), em resumos publicados no Banco de Teses e Dissertações da Capes as palavras por assunto: PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL, criança e acesso, sendo identificados sete documentos entre teses e dissertações, no período de 2012 a 2016. Os resultados foram analisados com o auxílio da literatura específica, que apontaram tendência aos estudos quantitativos, visto que o instrumento PCATool é predominantemente utilizado com crianças, menores de 18 anos, no cenário da APS. Na análise, evidenciou-se maior prevalência de estudos na região sudeste do país, realizados pela Universidade de São Paulo, de abordagem quantitativa. No que tange a avaliação dos atributos essenciais e derivados, comparam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a Unidade Básica de Saúde (UBS), relacionando a integralidade e o desenvolvimento de ações relacionadas às políticas de saúde. Conclui-se um baixo número de publicações por meio que relatem o PCATool. Desse modo, emerge uma lacuna que precisa ser pesquisada.

Palavras-chaves: Primary Care Assessment Tool, Criança, Acesso.

1. INTRODUÇÃO

As reflexões acerca das tendências na produção científica brasileira de enfermagem na área da saúde da criança surgem, sobretudo, das inquietações sobre o modo como a profissão de enfermagem, enquanto prática social, vem respondendo às questões da saúde infantil em suas pesquisas.

A Reforma Sanitária Brasileira, a partir dos anos 80, expande os espaços de interlocução sobre saúde, nos quais o direito ao acesso aos serviços de saúde passa a ser defendido como elemento constituidor da cidadania (WEILLER, 2008). O direito a saúde a todos os cidadãos advém da Constituição Federal de 1988, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde foram estabelecidos seus princípios norteadores (universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, equidade, descentralização e participação sócia) (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária a Saúde (APS) foi reconhecida como a base da reforma do sistema de saúde até então vigente e, por meio da sua expansão e fortalecimento, na busca da garantia do acesso, culminou no modelo organizacional atual, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ALMEIDA, 2014). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes (BRASIL, 2012). Sendo assim, a APS é um conjunto de ações individuais e coletivas, que tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, com ações democráticas e participativas, além de determinar o trabalho dos demais níveis de atenção. A APS é um elemento planejado para alcançar a cobertura universal com qualidade, eficiência, efetividade e equidade (REIS et al., 2013; BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

Essa cobertura universal em saúde direcionada a uma APS qualificada significa oferecer acesso às ações e serviços de saúde aos indivíduos, família e comunidade, sem distinções. Proporcionar o acesso à atenção integral com ações coordenadas conforme a demanda da população em todas as fases da vida (ANDERSON; ARMADILLO e FUENTES, 2016). O acesso universal e contínuo da população aos serviços de saúde efetivos e de qualidade é uma

das solidez da APS, uma vez que é a porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com território adscrito a fim de possibilitar o planejamento descentralizado e em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

O acesso é o componente-chave da APS, caracterizado como o serviço de saúde que o indivíduo procura para o primeiro contato quando há uma necessidade de saúde, devendo ser acessível (STARFIELD, 2002). Para Marques e Lima (2007) a acessibilidade dos serviços de saúde ocorre a partir da organização de uma porta de entrada no sistema de saúde, denominada de porta de entrada ou acesso de primeiro contato. Esta deve estar apta a acolher e atender as demandas dos usuários e dar seguimento adequado a elas, constituindo assim um eixo estruturante de uma rede de atenção à saúde.

Os benefícios do acesso de primeiro contato na APS vão desde a redução da morbimortalidade, do tempo de resolução do problema de saúde, do número de consultas aos especialistas e da procura pelos serviços de urgência e emergência, repercutindo ainda na diminuição de encaminhamentos desnecessários e nos gastos do sistema. Com isso, o acesso facilita o alcance de melhores resultados nas ações em saúde e viabiliza o seguimento do cuidado pelos demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002; CORRÊA et al., 2011).

No que diz respeito à saúde da criança, atender as necessidades é um desafio para os gestores, profissionais de saúde e a sociedade brasileira como um todo. Neste sentido, o Ministério da Saúde institui políticas para atenção à saúde infantil, entre os objetivos estão de reduzir a mortalidade infantil, que encontra-se consolidada no Pacto Nacional da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004).

O desenvolvimento de ações capazes de contribuir para sobrevivência, qualidade de vida e acesso à saúde são aspectos importantes, quando se considerada a saúde da criança no contexto da atenção básica (RASELLA, AQUINO, BARRETO, 2010).

Considerando a Lei 8080, o acesso aos serviços de saúde representa um marco de referência também para avaliação da APS como um objeto de gestão em saúde, que tem como finalidade melhorar as ações em saúde

desenvolvidas e a prestação de contas, bem como, produzir o conhecimento (CRUZ, 2015; PIRES, 2012).

Portanto, justifica-se a realização desta revisão, pois a mesma permitirá explorar o que tem sido construído acerca desta temática, no que tange à pesquisa brasileira. Espera-se que esta possa contribuir para a melhoria da atenção à saúde desta população, assessorando o desenvolvimento de novas produções científicas. Neste sentido, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as tendências das produções científicas brasileiras acerca da temática acesso de primeiro contato da criança na Atenção Primária à Saúde?” Desta maneira, o objetivo deste estudo é identificar as tendências de Teses e Dissertações brasileiras no que concerne ao atributo Acesso de Primeiro Contato da criança no âmbito da APS.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com abordagem narrativa acerca das tendências nas pesquisas brasileiras sobre acesso da criança no universo da APS. Segundo Rother (2007), as revisões narrativas são publicações amplas, adequadas para descrever, bem como discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista tanto teórico quanto contextual. Assim, constituem-se basicamente de análise de literatura publicada em livros, artigos, na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Neste sentido, esta pesquisa constituiu-se pelos resumos das teses e dissertações encontradas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD/IBICT) por meio do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A busca ocorreu no período entre maio e junho de 2017, e utilizou-se como estratégia de busca avançada no Banco de Teses e Dissertações da Capes as palavras por assunto: PRIMARY CARE ASSESSMENT Tool, criança e acesso, sendo identificados 16 documentos entre teses e dissertações.

Como critérios de exclusão foram retirados os estudos que não respondiam à questão norteadora e aqueles que possuíam resumos incompletos. Na análise dos estudos, foram selecionadas sete produções,

sendo três dissertações e quatro teses, publicadas entre 2012 a 2016. Seguem as produções classificadas por ordem cronológica de publicação:

2012	OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo - Paraná. 2012. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/D.7.2012.tde-22022013-125217. Acesso em: 2017-05-25. (PORTAL BDTD/IBICT).
2012	BRAZ, Janaina Carvalho. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. 2012. Dissertação - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. doi:10.11606/D.22.2012.tde-15012013-113853. Acesso em: 2017-05-25. (PORTAL BDTD/IBICT).
2013	ERRER, Ana Paula Scoleze. Avaliação da atenção primária à saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo. 2013. Tese - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/T.5.2013.tde-26022014-085334. Acesso em: 2017-05-25. (PORTAL BDTD/IBICT).
2014	SILVA, Simone Albino da. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais. 2014. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.7.2014.tde-12122014-111052. Acesso em: 2017-05-25. (PORTAL BDTD/IBICT).

2015	MELO, Marcela Melquiades de. Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das interações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil. 2015. Dissertação. Universidade Federal de Juiz de Fora. https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/388 . Acesso em: 2017-05-25. (PORTAL BDTD/IBICT).
2016	MACEDO, Janaina Carvalho Braz. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da estratégia saúde da família, em um município do estado do Ceará. 2016. Tese - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-13022017-202954/ >. Acesso em: 2017-05-25. (PORTAL BDTD/IBICT).
2016	SOUZA, Sineide Santos de. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Básica em Saúde da Criança: estudo de caso no Distrito de Saúde Norte da cidade de Manaus/AM. 2016. 94 f. Dissertação - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016. Acesso em: 2017-05-25. (PORTAL BDTD/IBICT).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Das sete produções identificadas, duas foram publicadas em 2012, duas em 2016 e uma foi publicada em 2013 e 2015. Dentre as publicações, seis foram apresentadas na região sudeste e uma na região norte. Na Região Sudeste, três pesquisas foram apresentadas pela Universidade de São Paulo, sendo duas teses de doutorado, na USP Ribeirão Preto outras duas sendo uma tese e a outra dissertação e em Juiz de Fora, pela Universidade Federal de

Juiz de Fora, uma dissertação. Na Região Norte, uma pesquisa foi apresentada pela Universidade Federal do Amazonas, sendo dissertação de mestrado.

Ao analisar a abordagem metodológica, identificou-se seis estudos com abordagem quantitativa e um com abordagem quali-quantitativa. Com relação aos participantes, cinco estudos foram realizados com usuárias mães/cuidadores de crianças (destes estudos, um não delimitou idade das crianças, um foi realizado com crianças entre 17 e 22 meses, um crianças menores de 1 ano, um com crianças de até dois anos e um com crianças de zero a nove anos), um com crianças em internação hospitalar e profissionais de UBS e outro com profissionais de saúde, usuários adultos e cuidadores de crianças com menos de dois anos. Com relação ao cenário, identificou-se que todos os estudos foram realizados na APS, porém um deles associou com internação hospitalar por doenças sensíveis a APS.

No que tange a técnica de coleta de dados, em todos os estudos foram utilizados o instrumento PRIMARY CARE ASSESSMENT Tool (PCATool), porém, dois utilizaram outros instrumentos conjuntamente, como entrevista semiestruturada e questionário com características socioeconômicas.

De acordo com os resultados dos estudos, evidenciou-se a realização de pesquisas relacionadas à temática avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da Criança por meio do PCATool. A maioria das produções encontradas é com o enfoque na mãe/cuidadora, sendo que a abordagem com usuários e profissionais de saúde ainda se mostram incipiente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pelas pesquisas realizadas nos programas de pós-graduação em enfermagem no Brasil possibilitou a evidência de poucos estudos brasileiros realizados sobre a temática de acesso da criança nos serviços da Atenção Primária em Saúde. Apesar disso, atingiu-se o objetivo de se ter o conhecimento sobre as tendências de dissertações e teses.

Diante desses resultados, percebe-se que a temática da avaliação dos atributos da APS por meio do PCATool tem muito a ser pesquisada. É necessário repensar as avaliações da APS, por meio de instrumentos de

avaliação que permitam de forma concreta avaliar as práticas de saúde desenvolvidas no território brasileiro.

Conclui-se, que os resultados obtidos neste estudo possibilitaram dar visibilidade inicial às produções brasileiras acerca da avaliação em saúde por meio do PCATool, sendo necessário aprofundar essas questões. São encontradas poucas publicações relacionadas a essa temática, da mesma forma se desmembrados a avaliação em saúde por política de saúde, ou por atributo essencial ou derivado.

Reitera-se a incipiência na produção de estudos que destacam a atenção primária em saúde, no que tange a avaliação dos atributos essenciais e derivados comparando ESF e UBS, relacionando o acesso e o desenvolvimento de ações relacionadas às políticas de saúde, da mesma forma é observado um baixo número de publicações que usam o PCATool para avaliar a APS na ótica dos gestores e usuários no que tange ao trabalho realizado pelas equipes de saúde. Desse modo, emerge uma lacuna que precisa ser pesquisada.

Os desafios para a qualificação do SUS e os modelos de atenção passa pela formação e capacitação dos profissionais que integram a rede pública de assistência à saúde. A enfermagem brasileira, neste contexto tem tido papel importante na defesa do SUS. O uso de inovações em termos das tecnologias de educação e formação profissional, devem ser ampliados para a atenção primária.

REFERÊNCIAS

TYRREL MAR, CABRAL IE. A produção científica de enfermagem em saúde da mulher e da criança: panorama brasileiro. Rev. Enferm. UERJ 2005 JanAbr; 13 (1): 103-11.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Actapaul. enferm. [online]. 2007, vol.20, n.2 [cited 2018-04-26], pp.v-vi. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria n 4.279, de 30 de dezembro. Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde, 2010b.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:

REIS, E.J.F.; FAUSTO, P.S.; CAMPOS, F.E. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p.

WEILLER, T. H. O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Ribeirão Preto, 2008, 188 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo/USP- área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

ARTIGO 2

O ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE ATTRIBUTE ACCESS OF FIRST CONTACT OF CHILDREN IN THE PRIMARY ATTENTION TO THE HEALTH

RESUMO

O estudo tem o objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato de crianças em serviços de Atenção Primária à Saúde nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo observacional transversal multinível, realizado em dois níveis: individual (criança) e contextual (municípios), realizado com cuidadores de crianças de 0 a 18 anos incompletos, nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Os dados individuais foram coletados por meio de um questionário sócio econômico e do Primary Care Assessment Tool- Brasil versão criança. Os dados contextuais foram coletados em sites oficiais da internet do Governo Federal Brasileiro. Não houve variáveis individuais com significância estatística na presença do atributo Acesso de Primeiro Contato. Entre as contextuais, apenas o porte populacional mostrou-se estatisticamente significativo para a presença do atributo, sendo os municípios com até 5 mil habitantes os que apresentaram maior prevalência desse atributo. Os resultados encontrados mostram que o fator associado à presença do Acesso de Primeiro Contato na Atenção Primária à Saúde foi aquele com significância estatística, municípios de pequeno porte populacional, o que demonstra que os municípios com menor população apresentam melhor acesso a esse nível de atenção. Esse estudo possibilitou identificar o contexto que mais influencia na prevalência do Acesso de Primeiro Contato, contribuindo para direcionar a vertente a ser explorada em novos estudos.

Descritores: Atenção Primária em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade; Criança; Análise Multinível.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo composta por um conjunto de

elementos funcionais e estruturais que visam garantir, entre outros, o acesso aos serviços de saúde pela população, enfatizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde, com base no planejamento de ações a serem realizadas com às famílias e comunidades (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002). Pode ser compreendida ainda como uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde, desempenhando papel singular com potencial de reordenar recursos do sistema de saúde para satisfazer as demandas da população, condição que implica em considerá-la como parte coordenadora da assistência à saúde (MENDES, 2015).

Para Starfield (2002) a acessibilidade (estrutura), a localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento e o processo de utilização por parte da população, são elementos essenciais para que a APS seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Ao se tratar de uma APS resolutiveira, esta consiste no acesso às demandas dos usuários, o que inclui horários adequados de funcionamento das unidades, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e a capacidade em resolvê-las, ainda a resposta qualificada depende também da integração com os outros níveis de assistência do sistema de saúde.

Com intuito de promover um esclarecimento conceitual a acessibilidade em serviços de saúde, refere-se às características que permitam a utilização efetiva pelos usuários e trata-se de uma temática importante da avaliação em saúde, por ter como objeto a disponibilidade e distribuição social destes recursos (TRAVASSOS; CASTRO; 2008). Esse primeiro contato envolve a disponibilidade de serviços que sejam acessíveis (acessibilidade - componente de estrutura) e o uso desses serviços no caso de necessidades em saúde (utilização - componente de processo). Portanto, um serviço de APS apenas oferece atenção ao primeiro contato quando os usuários o percebem como acessível, e isto reflete na sua utilização (STARFIELD, 2002). Compreende-se ainda que o acesso se constitui em uma dimensão de avaliação dos serviços na busca pela obtenção do direito à saúde (WEILLER, 2008).

Para tanto, embora os termos acesso e acessibilidade sejam utilizados frequentemente como sinônimos, eles têm significados distintos, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que

possibilitam às pessoas chegarem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade (MENDES, 2012).

O conceito de acesso de primeiro contato é definido como uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis para sua própria saúde e da comunidade. Como a efetividade da maioria dos serviços de saúde é desconhecida por parte dos usuários, tal definição não tem utilidade, cabendo aos serviços interferirem no esclarecimento das funções destes aos usuários (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 1984).

Ainda para Donabedian (1984) o acesso inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento de saúde. Um exemplo disso, é o horário de atendimento dos serviços da APS, gerando uma barreira para o acesso. Outros exemplos que pode-se citar é preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social (PESSOA, GOUVEIA, CORREIA, 2017).

O acesso universal e igualitário à atenção em saúde é ordenado pela APS com base em avaliação de risco individual e coletivo, cronologia e especificidades, para isso, as regiões de saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BENACHI et al; 2012).

A presença do atributo nos serviços de saúde pode ser mensurada levando em consideração aspectos relacionados à localização geográfica dos serviços e seu uso regular ao longo do tempo, ou seja, quando a equipe e a população reconhecem o serviço como primeiro recurso a ser procurado na iminência necessidade de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Por isso, garantir o acesso e a acessibilidade aos serviços de qualidade é uma das responsabilidades dos sistemas públicos de saúde, na perspectiva de viabilizar a atenção a problemas de saúde agudos e crônicos, e também articular ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (CUNHA; VIEIRA, 2010). Além disso, outros benefícios do acesso de primeiro contato na APS são a redução da morbimortalidade, do tempo de resolução do problema de saúde, do número de consultas aos especialistas e da procura pelos serviços de urgência e emergência, como também no auxílio à diminuição de

encaminhamentos desnecessários e dos gastos do sistema. O acesso de primeiro contato facilita o alcance de melhores resultados nas ações em saúde e viabiliza o seguimento do cuidado nos demais níveis de atenção (MENDES, 2002).

Sobre a saúde da criança, em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria nº 1.130, a qual aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações que compõem a atenção integral à saúde da criança e dos serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelos gestores e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015). Nessa perspectiva, a PNAISC se organiza a partir das redes de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos, dentre eles o aleitamento materno, atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças em situações de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

O compromisso de um serviço de saúde com o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção o definem como orientado à APS, ao mesmo tempo em que asseguram maior efetividade da atenção oferecida (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011). O acesso é um indicador de impacto da APS e avaliar em que medida este atributo vem sendo alcançado é uma ferramenta fundamental de aprimoramento do SUS (BARBOSA; ELIZEU e PENNA, 2013). O instrumento utilizado para avaliar a qualidade da APS, o Primary Care Assessment Tool (PCATool) mensura a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Seu público-alvo são os usuários, crianças e profissionais de saúde, que trazem informações sobre sua experiência no uso dos serviços da saúde (MENDES, 2002).

O PCATool foi desenvolvido por Barbara Starfield e colaboradores para avaliar os serviços de saúde, apresentando características de medição extremamente eficazes para avaliar a qualidade da APS (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010a; STEIN, 2013). O instrumento tem o objetivo de medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados, cada atributo apresenta um componente relacionado à estrutura e outro relacionado ao

processo, mensurar estes atributos mostra o quanto a APS está direcionada a qualidade (BRASIL, 2010a).

A população desse estudo são as crianças e adolescentes, categorizados respectivamente pela idade de zero a doze anos incompletos e doze a dezoito anos incompletos. Se tornaram foco de atenção nas políticas públicas do Brasil, desde a criação do ECA em 1990, com iniciativas envolvendo parcerias entre instituições civis e as instâncias do Poder Executivo (SPOSITO, CARRANO; 2003).

Na área da saúde, muitos programas foram desenvolvidos com atividades relacionadas a promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

As abordagens em saúde em relação a criança, estabelecem compromissos sanitários considerados prioritários, como a redução da mortalidade fetal, infantil e materna. Para saúde dos adolescentes, o objetivo principal atenção as doenças prevalentes ao adolescente, (relacionados principalmente, gravidez na adolescência, consumo de drogas lícitas e ilícitas, casos de DST's/AIDS, óbitos relacionados às causas externas como violência e o suicídio) (BRASIL; 2015. ARAUJO; et al. 2010).

A concepção de cuidado a população infantil, traz considerações sobre o modelo de atenção fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, ressaltando-se o princípio do acesso (VITALLE, ALMEIDA, SILVA. 2010). Esta é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando busca satisfação de uma necessidade de saúde, incluí-los como usuários do serviço considerando aspectos biológicos, sociais, emocionais, enfim em todo o processo de viver e manter a saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais as características que influenciam na presença do atributo, Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS no que tange a atenção à criança e adolescente? Desse modo, tem-se como objetivo do estudo, analisar a prevalência e os fatores associados à presença do acesso de primeiro contato em serviços de APS.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Estudo observacional, transversal, multinível, realizado na 4ª CRS/RS.

Cenário de pesquisa

O cenário do estudo foi na 4ª CRS/RS, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, apresentando uma estimativa populacional de 562.595 habitantes e duas Regiões de Saúde (Entre Rios e Verdes Campos), constituídas por 32 municípios. A Região Entre Rios é formada por 11 municípios, com sede localizada no município de Santiago e possui uma população de 127.574 habitantes. Seu IDH é 0,687 e a região apresenta 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 81% de cobertura de equipes de Atenção Básica e 79,14% de Estratégias de Saúde da Família (ESF) (RS, 2016). A Região Verdes Campos, por sua vez, é constituída por 21 municípios, tem como município sede a cidade de Santa Maria e apresenta o maior contingente populacional da coordenadoria, com 435.021 habitantes. Seu IDH é de 0,703 e a região apresenta 89 UBS, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 67,7% e de ESF de 39,1% (RS, 2016).

População e amostra

O instrumento PCATool-Brasil versão Criança foi aplicado aos pais ou cuidadores de crianças, identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança.

Para o cálculo da amostra foi considerado o número total de crianças de zero a 18 anos incompletos de idade, de acordo com dados do IBGE (2011). A população total de crianças da 4ªCRS/RS correspondia a 152.757 crianças e, para o cálculo amostral, foi utilizado o intervalo de confiança de 95% e o erro tolerável de amostragem de 5%. A amostra foi composta por 1.061 crianças,

sendo utilizada uma amostragem não probabilística do tipo intencional, para seleção do familiar/ cuidador da criança.

Os critérios de inclusão foram: ser cuidadores de crianças de zero a dezoito anos incompletos, ter idade igual ou superior a 18 anos; residir nos municípios e aceitar participar livremente da pesquisa. Os critérios de exclusão: aqueles que identificaram como serviço de saúde de referência um serviço fora do município; cuidadores que apresentassem algum tipo de distúrbio mental e/ou não mostrassem condições para compreender perguntas e emitir respostas. Entretanto, não foi realizado sorteio dos participantes, sendo as entrevistas realizadas conforme a disponibilidade dos cuidadores.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no ano de 2015 de maneira informatizada a partir do Software Epi Info® 7.0, com a utilização de *tablets*. Participaram da coleta seis entrevistadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os dados individuais foram obtidos mediante entrevistas realizadas com os cuidadores ou responsáveis de crianças, nas unidades de saúde conforme disponibilidade destas. Foram utilizados dois instrumentos um questionário sócio demográfico; e a aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão criança. Os entrevistadores foram treinados e participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10 horas.

Os dados contextuais dos municípios foram coletados em sites oficiais do Governo Federal Brasileiro, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Ministério da Saúde, bem como da Organização das Nações Unidas. Foram realizados os downloads das planilhas e o armazenamento dos dados em um único documento referente aos 32 municípios tabulando um banco ecológico. A agregação dos dados do banco ecológico ao individual foi realizada através de comandos de sintaxe a partir da variável que apresentava o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de cada município.

Variáveis

O desfecho do estudo foi a presença do atributo do Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS, coletado através do PCATool e categorizado de forma dicotômica a partir das respostas obtidas (Escala $\geq 6,6$ = Sim / Escala $< 6,6$ = Não), com cálculo dos escores de Acesso obtidos segundo instruções contidas no manual do instrumento PCATool-Brasil – Componente Utilização (B1, B2, B3) e Acessibilidade – (C1, C2, C3, C4, C5, C6).

O escore do referido atributo foi definido por meio da média aritmética dos nove itens (perguntas) que compoem o instrumento. Os itens com respostas inversas tiveram seus valores ajustados: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4). Ademais, quando a soma dos missing com respostas valor 9 atingiu 50% ou mais do total de itens do componente, a respectiva entrevista foi excluída. Se a soma destes fosse inferior a 50%, transformou-se o valor 9 em valor 2 segundo o manual do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010a). Para o cálculo do escore do Acesso de Primeiro Contato as respostas foram transformadas em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, primeiramente foi calculado média e escore do B e do C separadamente; para a obtenção do escore final (utilização+acessibilidade) realizou-se a média entre os dois componentes.

As variáveis independentes individuais são relativas aos dados do questionário sociodemográfico, sendo as variáveis faixa etária e renda familiar mensal categorizadas a partir das originais requantificativas. Assim, tem-se as seguintes variáveis individuais independentes: sexo (feminino / masculino); faixa etária (até 5 anos/ 6 a 11 anos/ 12 a 18 anos); renda familiar mensal (até R\$788,00/ R\$789,00 a R\$1.576,00/ R\$1.577,00 a R\$2.364,00/ R\$2.365,00 a R\$3.152,00/ mais de R\$3.152,00); se a criança possuía plano de saúde (sim/ não); e modelo de atenção da Unidade de Saúde (ESF / UBS / Mista). As variáveis independentes contextuais referentes às características dos municípios nos quais se realizou a pesquisa foram: região de saúde (Verdes Campos / Entre Rios); porte populacional (até 5mil hab / 5 a 10 mil hab / mais de 10 mil hab); e cobertura populacional de atenção básica (100% ou mais / até 99,9%) (IDSUS, 2011; PNUD, 2013).

Análise dos dados

Os dados foram analisados no Software *Stata 14.0* (*Stata Corporation, CollegeStation, TX, USA*). Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas e regressão de Poisson multinível para obtenção das razões de prevalência brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 0,10$ do modelo 1, mais as variáveis do nível individual). Para análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance* (Log likelihood). Foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações entre as variáveis que envolvem aspectos contextuais e individuais (Figura 1).

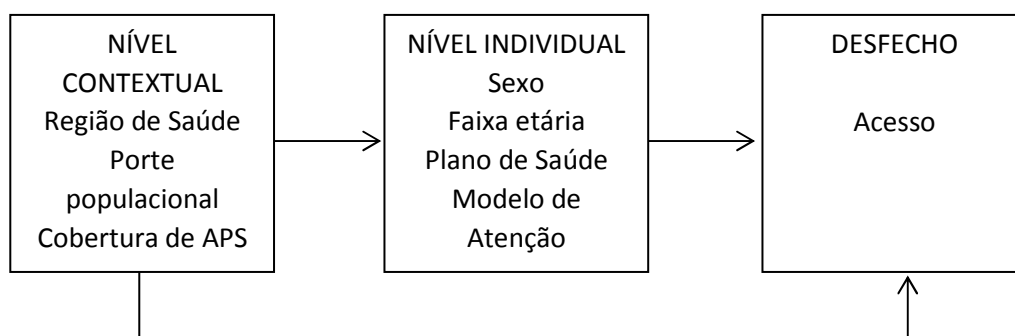


Figura 1: Modelo teórico-conceitual das relações entre as variáveis.

Aspectos éticos

Os cuidadores de crianças participantes foram informados quanto aos objetivos do estudo e convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo é proveniente de um projeto matricial, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o número do CAAE: 34137314.4.0000.5346, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Da amostra de 1.061 entrevistados, 1.058 cuidadores responderam às questões relativas ao atributo Acesso de Primeiro Contato. A prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato na Coordenadoria de Saúde pesquisada foi de 65,2% (IC95%: 62,3 – 68,0). A descrição da amostra, assim como prevalência de acesso e razões de prevalência brutas, estão expostas na Tabela 1.

Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta, Brasil, 2012 (n=1.058).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência do Acesso (IC 95%)	RP Bruta (IC 95%)	Valor P
Região				
Verdes Campos	<u>810 (76,63)</u>	62,7 (59,3-65,9)	1	
Entre Rios	247 (23,37)	<u>73,2 (67,3-78,4)</u>	1,16 (0,98-1,38)	0,072
Porte Populacional				
50 mil ou mais	<u>498 (47,07)</u>	60,6 (56,2-64,8)	1	
25001 até 50 mil	91 (8,60)	65,9 (55,5-74,9)	1,08 (0,82-1,43)	0,554
2001 até 25 mil	110 (10,40)	68,1 (58,8-76,2)	1,12 (0,87-1,44)	0,364
15001 até 20 mil	112 (10,59)	55,3 (46,0-64,3)	0,91 (0,69-1,19)	0,513
10001 até 15 mil	54 (5,10)	77,7 (64,6-87,0)	1,28 (0,92-1,77)	0,131
5001 até 10 mil	93 (8,79)	62,3 (52,0-71,6)	1,02 (0,77-1,36)	0,845
4001 até 5 mil	31 (2,93)	<u>96,7 (79,7-99,5)</u>	1,59 (1,09-2,32)	0,015
3001 até 4 mil	39 (3,69)	82,0 (66,6-91,2)	1,35 (0,93-1,94)	0,104
Até 3 mil	30 (2,84)	96,6 (79,2-99,5)	1,59 (1,08-2,33)	0,016
Cobertura de Atenção Básica				
Até 99,9%	<u>749 (70,7)</u>	63,4 (59,8-66,7)	1	
100% ou mais	309 (29,2)	<u>69,5 (64,2-74,4)</u>	1,09 (0,93-1,28)	0,259
Sexo				
Masculino	513 (48,67)	<u>66,6 (62,4-70,6)</u>	1	
Feminino	<u>541 (51,33)</u>	63,9 (59,8-67,9)	0,95 (0,82-1,11)	0,588
Faixa etária				
Até 5 anos	<u>476 (45,77)</u>	61,7 (57,3-66,0)	1	
6 a 11 anos	336 (32,31)	64,2(59,0-69,2)	1,04 (0,87-1,24)	0,645

12 a 18 anos	228 (21.92)	<u>75,8 (69,8-81,0)</u>	1,22 (1,01-1,48)	0,033
Plano de Saúde				
Sim	185 (17.57)	54,0 (46,8-61,1)	1	
Não	<u>868 (82.43)</u>	<u>67,7 (64,5-70,7)</u>	1,27 (1,02-1,57)	0,029
Modelo de Atenção				
UBS	439 (42.25)	59,4 (54,7-63,9)	1	
ESF	<u>454 (43.70)</u>	<u>69,3 (64,9-73,4)</u>	1,16 (0,99-1,37)	0,065
Mista	146 (14.05)	69,1 (61,1-76,1)	1,16 (0,92-1,46)	0,196
Renda Familiar				
Até R\$788,00	417 (39.71)	<u>69,7 (65,1-74,0)</u>	1	
R\$789,00 a R\$1.576,00	<u>451 (42.95)</u>	62,0 (57,5-66,4)	0,88 (0,75-1,04)	0,162
R\$1.577,00 a R\$2.364,00	109 (10.38)	66,9 (57,5-75,1)	0,95 (0,74-1,24)	0,753
R\$2.365,00 a R\$3.152,00	53 (5.05)	54,7 (41,1-67,6)	0,78 (0,53-1,14)	0,212
Mais de R\$3.152,00	20 (1.90)	65 (41,9-82,6)	0,93(0,53-1,62)	0,802

* Valores abaixo de 1.058 fazem parte de dados faltantes.

Em relação às características contextuais dos municípios estudados, a maioria da amostra fazia parte da região Verdes Campos (76,63%), eram pertencentes a municípios com porte populacional superior a 50 mil habitantes (47,07%), com menor cobertura de APS (70,7%). Para as características do nível individual das crianças, majoritariamente, estas eram do sexo feminino (51,33%), da faixa etária até 5 anos (45,77%), não possuíam plano de saúde (82,43%), pertenciam a áreas territoriais nas quais o modelo de atenção eram as ESF (43,70%) e possuíam renda familiar mensal mais baixa de R\$789,00 a R\$1.576,00 (42,95%).

Quanto à prevalência bruta de acesso, verificou-se que esta foi maior na região de Entre Rios (73,2%), em cidades com menor porte populacional e maior cobertura de APS. Quanto às variáveis individuais, a prevalência bruta de acesso demonstrou-se semelhante entre a população estudada, sendo maior entre o sexo masculino (66,6%), em crianças com maior faixa etária (75,8%), que não possuíam plano de saúde (67,7%) e viviam em famílias com menor renda mensal (69,7%).

A associação não ajustada entre as variáveis contextuais e individuais e o atributo do acesso indicou que crianças que viviam em cidades com porte populacional de 4.001 até 5 mil habitantes e as que vivam em cidades com até 3 mil habitantes possuíam 59% maior prevalência de acesso quando comparadas àquelas que viviam em cidades com porte populacional de 50 mil habitantes ou mais (IC: 1,09-2,32; IC: 1,08-2,33). Quanto às características individuais, quem pertencia à faixa etária de 12 a 18 anos possuía 22% maior prevalência de acesso quando comparadas às crianças com menos de 5 anos (IC: 1,01-1,48), e quem não possuía plano de saúde tinha prevalência de acesso 27% maior do que quem o possuía (IC: 1,02-1,57).

A tabela 2, por sua vez mostra os resultados ajustados da análise de regressão de Poisson multinível. Após ajuste da análise para variáveis contextuais (Modelo 1), o porte populacional continuou demonstrando-se estatisticamente significativo para pessoas que viviam em cidades com 4.001 até 5 mil habitantes e até 3 mil habitantes quando comparados a crianças que viviam em cidades com 50 mil habitantes ou mais para maior prevalência de acesso em 54% e 61%, respectivamente, independente das demais variáveis contextuais. Quando realizado o ajuste final para variáveis contextuais e individuais (Modelo 2), apenas o plano de saúde permaneceu estatisticamente significantes, ou seja, não possuir plano de saúde faz com que a criança tivesse 29% maior prevalência de acesso quando comparada a criança que possui plano de saúde, independente das demais variáveis do estudo (IC: 1,02-1,65).

Tabela 2: Descrição das Razões de Prevalência ajustadas para as variáveis do nível de equipe de saúde e individuais, Brasil, 2018.

VARIÁVEL	Modelo 1 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*	Modelo 2 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*
Região				
Verdes campos	1		1	
Entre rios	1,16 (0,87-1,56)	0,296	1,07 (0,78-1,47)	0,657
Porte populacional				
50 mil ou mais	1		1	
25001 até 50 mil	0,93 (0,62-1,39)	0,724	0,94 (0,61-1,44)	0,797

2001 até 25 mil	1,15 (0,87-1,52)	0,325	1,16 (0,87-1,55)	0,304
15001 até 20 mil	0,88 (0,63-1,23)	0,472	0,91 (0,64-1,29)	0,601
10001 até 15 mil	1,14 (0,69-1,86)	0,600	1,27 (0,76-2,13)	0,348
5001 até 10 mil	1,02 (0,69-1,50)	0,907	1,14 (0,75-1,72)	0,519
4001 até 5 mil	1,54 (0,99-2,38)	0,051	1,51 (0,95-2,38)	0,076
3001 até 4 mil	1,29 (0,80-2,08)	0,282	1,35 (0,82-2,22)	0,237
Até 3 mil	1,61 (0,99-2,61)	0,051	1,60 (0,96-2,65)	0,068
Cobertura de Atenção Básica				
Até 99,9%	1		1	
100% ou mais	0,95 (0,73-1,23)	0,469	0,90 (0,68-1,18)	0,469
Sexo				
Masculino			1	
Feminino			0,96 (0,82-1,12)	0,619
Faixa etária				
Até 5 anos			1	
6 a 11 anos			1,03 (0,86-1,23)	0,705
12 a 18 anos			1,19 (0,98-1,45)	0,074
Renda Familiar				
Até R\$788,00			1	
R\$789,00 a R\$1.576,00			0,96 (0,81-1,15)	0,708
R\$1.577,00 a R\$2.364,00			1,06 (0,80-1,40)	0,670
R\$2.365,00 a R\$3.152,00			0,86 (0,57-1,29)	0,475
Mais de R\$3.152,00			1,30 (0,69-2,45)	0,411
Plano de Saúde				
Sim			1	
Não			1,29 (1,02-1,65)	0,033
Modelo de Atenção				
UBS			1	
ESF			1,12 (0,92-1,36)	0,227
Mista			1,05 (0,79-1,38)	0,726

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Modelo 2: as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, somadas às variáveis do nível equipe de saúde.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato de crianças em serviços de APS nos municípios pertencentes a 4ª CRS. Nessa perspectiva, verificou-se a prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato na região estudada, que foi de 65,2% (IC95%: 62,3 – 68,0), e não houve significância estatística na associação das variáveis individuais selecionadas. Em relação às variáveis

apenas o porte populacional mostrou-se estatisticamente significativo para a presença do atributo estudado.

Corroborando com os resultados, estudo de SHI, et al. (2004) apontou que países orientados pelo modelo da APS têm melhores indicadores de saúde, incluindo aqueles relacionados saúde infantil (menores taxas de baixo peso ao nascer e menor mortalidade infantil). No Brasil, outro estudo aponta maior redução da mortalidade infantil em municípios nos quais a ESF está implantada (MACINKO, et al. 2006), assegurando assim a importância de ampliar a cobertura e o acesso à APS no país.

Quanto à prevalência bruta de acesso, verificou-se que municípios com menor porte populacional apresentam maior cobertura de APS. Segundo Aragão e Souza (2017), nas cidades pequenas há possibilidade de reversão do ritmo de crescimento urbano, que se encontra insustentável e influencia de forma dialética a saúde da população. Isto implica em uma gestão consolidada com a continuidade das ações em saúde e sociais.

Os municípios de pequenos portes exercem um papel de caráter local, no que concerne às necessidades da população, ademais, dependem de municípios de médio ou grande porte para a obtenção de diversos serviços. Logo, o desempenho de tais municípios pode estar relacionado à disponibilidade de recursos destes municípios, tanto do ponto de vista financeiro, quanto material e humano.

Uma das razões para esse resultado, pode ser a implantação do Programa Mais Médicos, que fixou profissionais em regiões distantes, incluindo pequenos municípios e regiões de risco, ainda ampliou cobertura das ESF no Brasil, com a priorização de visitas domiciliares em famílias mais vulneráveis, pode ter colaborado para a realidade encontrada (ALVES, et al 2014).

Ao traçar o perfil da amostra, quanto às características do nível individual, usuários que pertenciam à faixa etária de 12 a 18 anos possuía 22% maior prevalência de acesso quando comparadas às crianças com menos de 5 anos (IC: 1,01-1,48). No Brasil, o ECA, na Lei 8.069 (1990) define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade e, em casos excepcionais até os 21 anos de idade. Sendo assim, os adolescentes neste estudo apresentaram melhor acesso de primeiro contato na APS.

Um estudo que avaliou a participação de adolescentes na ESF, no estado do Ceará, os profissionais identificaram que eles estão mais presentes no atendimento individual (94,8%), com predominância de ações curativas, pré-natal e planejamento reprodutivo. Ainda segundo estudo, a saúde do adolescente ainda é incipiente, sendo reflexo da política nacional de saúde que, durante décadas, priorizou assistência ao grupo materno infantil (VIEIRA, ET AL; 2014).

Outro estudo com profissionais que atendem adolescentes o motivo da procura por atendimento médico são para tratar problemas clínicos (FERRARI, THOMSON, MELCHIO; 2008). Assim reforçado pelo estudo de no qual a participação dos adolescentes na APS está condicionada à doença, e buscam por consultas e por medicamentos (MACHADO, VIEIRA, SILVA; 2010).

Outra característica individual relevante, apresentada no estudo é que possuir ou não plano de saúde permaneceu estatisticamente significativa, ou seja, não possuir plano de saúde faz com que a criança tenha maior prevalência de acesso quando comparada a criança que possui plano de saúde. As características desses usuários demonstram que a utilização dos serviços é elevada e está consonância com evidências de outro estudo, que revela a expansão da oferta e a reorganização dos serviços de saúde ocorridos nos últimos vinte anos, sobretudo, a partir da definição da ESF, como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde que tem viabilizado maior utilização dos serviços de saúde desse nível de atenção (FERNANDES, BERTOLDI, BARROS. 2009).

Outro estudo que corrobora, afirma que mais de 80% dos usuários dos serviços de APS não possuíam planos de saúde privados, confirmando que o SUS é o maior agente de financiamento da atenção à saúde do país, e se destaca tanto no provimento de ações básicas como aquelas de maior complexidade (PORTO, SANTOS, UGA. 2006).

Os usuários que possuíam renda familiar mensal mais baixa avaliaram melhor o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde. As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, enfrentar a mercantilização do setor da saúde e a desproporção oferta/demanda existente; construindo uma rede de atenção regionalizada e

hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral a população (ASSIS, JESUS. 2012).

Para Mendes (2013) a operacionalização da APS por meio da ESF tem sido exitosa e superior aos modelos tradicionais. As evidências indicam que a ESF influenciou positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros e teve uma nítida orientação para os mais pobres; melhorou o desempenho do SUS; melhorou outras políticas públicas como educação e trabalho; e contribuiu para incrementar o interesse internacional pela APS.

Com isso cabe destacar para reflexão, que quando a atenção à saúde é iniciada em serviços que não caracterizam a APS, , como por exemplo, os serviços de urgência e emergência, dificilmente se terá o seguimento do cuidado, tornando o acesso moroso por impor-lhe inúmeras barreiras; o vínculo entre usuário e profissional ficará prejudicado; o cuidado não será integral devido à ausência de responsabilização e falta de continuidade; e, o serviço será descoordenado fazendo com que as pessoas que necessitam de atenção direcionem-se a serviços que não podem lhes propor o cuidado desejado (Silva RMM, Viera CS. 2014).

Ainda segundo Silva e Viera (2014), mediante a intensa demanda espontânea, os serviços de urgência e emergência acabam tornando-se pouco resolutivos e incapazes de responsabilizar-se pela continuidade do cuidado à criança. Acrescida a esta não responsabilização tem-se a ausência da temporalidade para o cuidado nestes serviços, principalmente, pelo fato de atenderem as crianças apenas em condições agudas, não dispondo de alternativas para garantir-lhes o seguimento do cuidado.

Ao analisar a saúde de uma criança e/ou de um adolescente a equipe de saúde deve considerar todo círculo familiar em que este se encontra. Os serviços da APS devem se responsabilizar de forma ampla por essa família e lhes garantir o acesso, por isso a importância do cuidado ser iniciado na APS, pois nela tem-se importantes ferramentas que se aliam ao cuidado para proporcionar resolutividades, como a proximidade do conjunto familiar e a co-responsabilização do cuidado desse usuário (SILVA, VIERA. 2014).

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa, evidenciou que houve a presença do atributo acesso de primeiro contato nos municípios que compõem as Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios, na 4ª Coodenadoria Regional de Saúde/RS, bem como sua associação de prevalência ao porte dos municípios, tendo destaque aqueles de pequeno porte.

Ainda destaca-se, por meio das análises realizadas que os usuários adolescentes da faixa etária de 12 a 18 anos incompletos, possuíam maior prevalência de acesso quando comparadas às crianças com menos de 5 anos. A ausência de plano de saúde, aparece no estudo como fator promotor do acesso, visto que as crianças nessas condições tinham maior prevalência de acesso quando comparadas às crianças que possuem plano de saúde. E por fim, os usuários que possuíam renda familiar mensal mais baixa avaliaram melhor o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde.

Acredita-se, que considerar nesse contexto as famílias da criança/adolescente, é indissociável para garantir o acesso destes na APS, por serem sujeitos passivos da responsabilização adulta. Entende-se que devemos compreender o desenvolvimento psicossocial e biológico da população estudada, através do embasamento em pesquisas e artigos científicos que auxiliarão no entendimento dessa fase, para que assim, decisões fundamentadas possam ser tomadas com base em atividades desenvolvidas em nível primário, culminando em resultados concretos, tanto para os profissionais de saúde como para os gestores.

O processo de consolidação da ESF, perpassa pelo desenvolvimento de ações de captação desses usuários além do enfoque biomédico, portanto, repensar as práticas atualmente utilizadas, bem como utilizar de dispositivos de avaliação, como o PCATool, poderão resultar em qualidade na assistência à saúde.

Por isso, vale destacar que nesse estudo, a relevância e a confiabilidade atribuída a utilização do instrumento PCATool, foi capaz de trazer dados importantes para avaliar os serviços de APS da 4ª CRS/RS.

Contudo, o estudo apresenta como limitação um aspecto relacionado ao delineamento transversal, pois ele não possibilita afirmativas de causalidade. Os dados não foram coletados de forma probabilística, uma vez que os usuários entrevistados não foram sorteados, o que pode resultar em um possível viés de seleção.

Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ter sido consideradas e analisadas.

REFERENCIAS:

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

MENDES EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde Brasília: CONASS; 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64. Acesso em: 23/01/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>

TRAVASSOS C, CASTRO MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2008. p. 215-243.

WEILLER TH. O acesso dos usuários na rede pública de saúde do município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Tese (Doutorado). 2008. 185p

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 12]; 512p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

CUNHA ABO, VIEIRA da Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad.

Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010. Acesso em: 13/09/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>

BRASIL. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 5 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Revista Brasileira Materno-Infantil*, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, jul./set. 2011.

BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2347-2357, Aug. 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800019&lng=en&nrm=iso access on 14 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800019>.

HARZHEIM, Erno et al. 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, Aug. 2006 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso . access on 14 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>.

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 PACTool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80 p

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. 153 Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf> . Acesso em 11 nov 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Diretoria de |Pesquisa – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. NOTA: Estimativa da população residente com data de referência 1º de julho de 2011.

FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 595-603, Aug. 2009 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400005&lng=en&nrm=iso . access on 14 Feb. 2019.

SHI L, et al. Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(5):374-380. Acesso em 12 fev. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732766/>

MACINKO J , GUANAIS FC , DE FÁTIMA M , DE SOUZA M Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família na mortalidade infantil no Brasil, 1990-2002. *J Epidemiol Saúde Comunitária*. 2006 Jan; 60 (1): 13-9. Acesso em: 12 fev. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>

SIQUEIRA SMC, JESUS VS DE, CAMARGO CL de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciênc.saúdecoletiva* [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Sep 13] ; 21(1):179-189. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>.

RATI RMS et al. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciênc. saúde coletiva*[Internet]. 2013Dec [cited 2018 Sep 13] ; 18(12): 3663-3672. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200022>.

SOARES CB, HOGA LAK, PEDUZZI M, SANGALETI C, YONEKURA T, SILVA DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *RevEscEnferm USP* 2014; 48(2):335-45. Acesso em 23/09/2018. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf

ARAGÃO, João Paulo Gomes de Vasconcelos; SOUZA Caroline Oliveira Porto. Reflexões sobre o desenvolvimento em cidades pequenas: o caso de Esperança, estado da Paraíba. *Revista Principia. DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DO IFPB*. 2017. Acesso: 12 fev. 2019. Disponível em: <http://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/viewFile/1092/627>

PORTO SM, SANTOS IS, UGA MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):895-910. Acesso em : 12 fev. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n4/895-910/>

ALVES de MGM et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 34-51, OUT 2014*. Acesso em: 12 fev. 2019. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0034.pdf

ASSIS MMA, JESUS WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-2875, 2012. Acesso em: 12 fev 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>

HARZHEIM, Erno et al . 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, Aug. 2006 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso . access on 14 Feb. 2019.

PINTO LF et al. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. *Ciênc. saúde coletiva*[Internet]. 2017Mar [cited 2018 Sep 13] ; 22(3): 771-781. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33132016>.

FERRARI RAP, THOMSON Z, MELCHIO R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2008;12(25):387-400.

MACHADO MFAS, VIEIRA NFC, SILVA RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2133-43.

TEIXEIRA DCR, SILVA LWS, TEIXEIRA MA. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas: uma revisão bibliográfica. *Adolesc Saude* [Internet]. 2013 [citado 2019 Mar 10];10(1):37-44. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=353

MARQUES, Juliana Freitas; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 33, n. 3, p. 65-72, Sept. 2012 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300009&lng=en&nrm=iso Access on 20 Mar. 2019

VITALLE MSS, ALMEIDA RG, SILVA FC. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3): 459-468.

ABREU, Tatiana Fernandes Kerches de; AMENDOLA, Fernanda; TROVO, Monica Martins. Tecnologias relacionais como instrumentos de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 5, p. 981-987, out. 2017 Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=en&nrm=iso . Acesso em 20 de março de 2019.

BENACHI Sandoval N, CASTILLO Martínez A, VILASECA Llobet JM, TORRES Belmonte S, RISCO Vilarasau E. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2012 [citado 2019 jan. 15]; 31(1):32–9. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n1/32-39/es>

PESSOA, GOUVEIA, CORREIA. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2017. Acesso: 20 de março 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1529>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização das análises estatísticas, os resultados encontrados são que a maior prevalência do atributo acesso de primeiro contato de crianças e adolescentes nos serviços da APS, dos 32 municípios que compõem a 4ª CRS/RS estão nos municípios de menor porte populacional, com usuários que melhor avaliam o acesso são os adolescentes, da faixa etária de 12 a 18 anos incompletos (quando comparadas às crianças com menos de 5 anos), não possuíam plano de saúde e com baixa renda familiar mensal.

Esses resultados permitiram avaliar os serviços da APS nos municípios da 4ª CRS, que teve como público crianças e adolescentes. Contudo, o estudo apresenta como limitação um aspecto relacionado ao delineamento transversal, pois ele não possibilita afirmativas de causalidade. Os dados não foram coletados de forma probabilística, uma vez que os usuários entrevistados não foram sorteados, o que pode resultar em um possível viés de seleção. Não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ter sido consideradas e analisadas.

Acredita-se, que este estudo pode contribuir no que tange a assistência aos gestores e profissionais de saúde, subsidiando a tomada de decisões, planejamento e gestão dos serviços, viabilizando a implantação de estratégias com vistas à qualidade dos serviços de APS à criança e ao adolescente.

FOMENTO

Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), número do processo 341373144.00000.5346, realizado pelo Grupo Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem na Linha Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

ARAUJO, Lavínia Uchôa Azevedo de et al . Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3521-3532, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2019.

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 12]; 512p. Available from: Enfatizamos http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64. Acesso em: 23/01/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>

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>>.

MENDES EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde Brasília: CONASS; 2015.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

WEILLER TH. O acesso dos usuários na rede pública de saúde do município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Tese (Doutorado). 2008. 185p

PATTON, M. Q. Qualitative Research & evaluation Methods. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al . A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 901-911, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2019.

SOUZA; VERÍSSIMO. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov.-dez. 2015;23(6):1097-104. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01097.pdf

CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Saúde em Debate, v. 38, n. especial, p. 124-139, 2014.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos . R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care (1966). The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

SHI L, et al. Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. J Epidemiol Community Health 2004; 58(5):374-380. Acesso em 12 fev. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732766/>

HARZHEIM, Erno et al. 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, Aug. 2006 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso . access on 14 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>.

BRASIL. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 5 ago.

SILVA RM, VIERA CS, TOSO BR, NEVES ET, RODRIGUES RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta Paul Enferm* 2013; 26(4):382-388.

ERDMANN AL, SOUSA FGM. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O mundo da saúde* 2009; 33(2):150-160.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS-JORGE, Maria Letícia. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, p. 2316-2322, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. 153 Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf> . Acesso em 11 nov 2018.

BASTOS, L. S.; OLIVEIRA, R. V. C.; VELASQUE, L. S. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 487-495, mar, 2015.

DEVELLIS, R. F. (1991). *Applied social research methods series, Vol. 26. Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

SPIEGELMAN, D.; HERTZMARK, E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol*, v. 162, p. 199-200, 2005.
RABE-HESKETH, S; SKRONDAL, A. *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. 2. ed. Stata Press, 2008.

TEIXEIRA DCR, SILVA LWS, TEIXEIRA MA. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas: uma revisão bibliográfica. *Adolesc Saude [Internet]*. 2013 [citado 2019 Mar 10];10(1):37-44. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=353

MARQUES, Juliana Freitas; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 33, n. 3, p. 65-72, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300009>.

VITALLE MSS, ALMEIDA RG, SILVA FC. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3): 459-468.

ABREU, Tatiana Fernandes Kerches de; AMENDOLA, Fernanda; TROVO, Monica Martins. Tecnologias relacionais como instrumentos de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 5, p. 981-987, out. 2017 Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de março de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>.

BENACHI Sandoval N, CASTILLO Martínez A, VILASECA Llobet JM, TORRES Belmonte S, RISCO Vilarasau E. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2012 [citado 2019 jan. 15]; 31(1):32–9. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n1/32-39/es>

PESSOA, GOUVEIA, CORREIA. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2017. Acesso: 20 de março 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1529>

BRASIL. Ministério da saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. 2015c. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 3 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/ApiceOn-2017-08-11.pdf> . Acesso em: 13 mar. 2019.

APENDICE A: ARTIGO PUBLICADO EM INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH.

Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/14323.pdf>

Referência: STRECK, GOMES, CARVALHO, SODER, WEILLER, and DAMACENO. **First contact access of the child to primary health care services: integrative review.** International Journal of Development Research. Vol. 08, Issue, 10, pp.23315-23321, October, 2018.

Qualis: B2 Internacional.



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 08, Issue, 10, pp.23315-23321, October, 2018



REVIEW ARTICLE

OPEN ACCESS

FIRST CONTACT ACCESS OF THE CHILD TO PRIMARY HEALTH CARE SERVICES: INTEGRATIVE REVIEW

¹STRECK, Mônica Tábata Heringer, ¹GOMES, Bruna Cristiane Furtado, ¹CARVALHO, Jordana Lopes, ²SODER, Ângela Barbieri, ³WEILLER, Teresinha Heck and ⁴DAMACENO, Adalvane Nobres

¹MSc Nursing Student, RN, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brazil

²MSc in Psychology, PSYCH, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brazil

³PhD in Public Health, RN, Universidade Federal de Santa Maria, (UFSM) Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brazil

⁴MSc in Nursing, RN, Universidade Federal de Santa Maria, (UFSM) Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brazil

ACESSO DA CRIANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

STRECK, Mônica Tábata Heringer^{*1}
GOMES, Bruna Cristiane Furtado¹
CARVALHO, Jordana Lopes¹
WEILLER, Teresinha Heck²
DAMACENO, Adalvane Nobres³

¹ Enfermeira, mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brasil.

² Professora Dr^ª em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brasil.

³ Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brasil.

RESUMO: Identificar as evidências científicas acerca do atributo essencial Acesso de Primeiro Contato da criança na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, PubMed, SCOPUS e Web Of Science, no período de junho a agosto de 2018, totalizando 14 produções. Para avaliação crítica dos estudos primários utilizou-se a classificação do nível de evidência. Nos estudos a acessibilidade tem esbarrado nos aspectos: horário de funcionamento dos serviços, disparidades étnicas e raciais na prestação do cuidado às crianças, dificuldade de agendamento de consultas em outros níveis de atenção, priorização dos serviços de urgência e emergência e a localização das unidades. Os serviços de Atenção Primária à Saúde precisam considerar a maior vulnerabilidade biológica e social da criança para programação específica e provimento de maior acesso.

Descritores: Atenção Primária em Saúde; Avaliação em saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Criança.

ABSTRACT: Identifying the scientific evidence about the essential attribute of the child's first contact access in Primary Health Care. This is an integrative review carried out in the LILACS, PubMed, SCOPUS and Web of Science databases from June to August of 2018, totaling 14 papers. For the critical evaluation of the primary studies, the level of evidence classification was used. In the studies accessibility has been limited in aspects: service hours, ethnic and racial disparities in child care, difficulties in scheduling consultations in other levels of care, prioritization of emergency and emergency services and the location of units. Primary Health Care services need to consider the greater biological and social vulnerability of the child for specific programming and provision of greater access

Keywords: Primary health care; Health assessment; Access to Health Services; Child.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que visam garantir o acesso aos serviços de saúde pela população, enfatizando a prevenção e a promoção da saúde, com base no planejamento de ações às famílias e comunidades.^{1,2}

Historicamente, o conceito de acesso aos serviços de saúde, proposto por Donabedian, vai para além da entrada, pois considera que a acessibilidade implica no grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e da

população. Perpassa, não apenas, a simples disponibilidade de recursos em determinado tempo e espaço, como também, a oferta de serviços que respondam às demandas da população^{3,4}.

A acessibilidade, por sua vez, é caracterizada como elemento estrutural necessário para que a APS se concretize como porta de entrada do sistema de saúde. Percebe-se que o conceito de acesso é complexo, que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável, sendo utilizado o substantivo acessibilidade, acesso ou ambos.¹

Para o presente estudo, considera-se que os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, comumente, imprecisa. Visto que, a acessibilidade possibilita aos usuários chegarem aos serviços. Portanto, define-se como um aspecto estrutural necessário do sistema ou serviço de saúde para atingir a atenção de primeiro contato. Já, o acesso, é a forma como o usuário experimenta esta característica do serviço de saúde.^{1,5}

Essa variedade de definições acerca do acesso e/ou acessibilidade, de diversos autores, têm-se as dimensões sugeridas por Donabedian, em suas obras apresenta as dimensões do acesso/acessibilidade sócio-organizacional e a do acesso/acessibilidade geográfica. O primeiro engloba as características e recursos que dificultam ou facilitam a tentativa das pessoas em obter o atendimento, ou seja, são todos os aspectos de funcionamento dos serviços, focalizado na utilização dos mesmos, que interferem na sua relação com o usuário. Já o segundo envolve as características relacionadas ao tempo e a distância percorrida para chegarem até o serviço, ou seja, a distribuição espacial dos recursos, a localização das unidades e a existência de transporte^{2, 6}.

Então, a acessibilidade refere-se à possibilidade do usuário chegar ao serviço de saúde, diretamente relacionada à estrutura desses serviços, possibilitando o primeiro contato.⁷ O que configura o acesso de primeiro contato um dos atributos essenciais para se alcançar a qualidade dos serviços de saúde⁵.

O acesso a serviços de qualidade é uma das responsabilidades dos sistemas públicos de saúde, na perspectiva de viabilizar a atenção a problemas

de saúde agudos e crônicos, e também articular ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.⁶

Além disso, outros benefícios do acesso de primeiro contato na APS são redução da morbimortalidade, no tempo de resolução do problema de saúde, no número de consultas aos especialistas e na procura pelos serviços de urgência e emergência. Como também auxilia na diminuição de encaminhamentos desnecessários e nos gastos do sistema. Facilita o alcance de melhores resultados nas ações em saúde e viabiliza o seguimento do cuidado aos demais níveis de atenção.²

No contexto do acesso da criança nos serviços de APS, o processo saúde-doença engloba um sujeito que envolve um grupo social que é sua família (ou responsáveis). As condições de vida dessa família interfere em seu perfil epidemiológico, essa compreensão do cuidado não fazia parte das políticas sociais, assim como o Estado não se responsabilizava pela saúde infantil até algumas décadas atrás.⁸

O cuidado à saúde da criança nos serviços de APS também devem ser consideradas portas prioritárias e ordenadoras, esgotando neste nível todas as possibilidades de atenção para então encaminhá-la para outro nível do cuidado⁸.

A avaliação na área da APS deveriam certificar-se da aderência aos princípios descritos, antes da análise de indicadores. Pois é o grau de comprometimento do sistema e dos serviços de saúde com os princípios da APS que asseguram maior efetividade da atenção oferecida. Um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social⁹.

A literatura registra o instrumento de avaliação da APS, com ênfase na aferição da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde. O instrumento utilizado para avaliar a qualidade da APS, o *PrimaryCareAssessment Tool* (PCATool), mensura a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Seu público-alvo são os usuários, cuidadores de crianças e profissionais de saúde sobre sua experiência no uso dos serviços da saúde².

Frente a essa temática, vale inferir que a realização deste estudo de revisão integrativa teve como objetivo identificar quais as evidências científicas acerca do Acesso de Primeiro Contato da criança nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com o uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – PrimaryCareAssessment Tool).

MÉTOD

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que investiga estudos primários e apresenta notável inserção na área da enfermagem, associada à tendência de compreender o cuidado em saúde. Esse tipo de pesquisa é observado na prática baseada em evidência ou na saúde baseado em evidência.¹⁰O percurso metodológico subdividiu-se nas seguintes etapas: elaboração da pergunta de revisão, planejamento do estudo de revisão, indicação da base de dados, definição dos termos de busca; coleta de dados por meio de busca avançada; análise exploratória dos dados coletados para inclusão e exclusão para pesquisas adequadas ao escopo da pesquisa; organização e sistematização dos artigos selecionados e o levantamento bibliográfico.

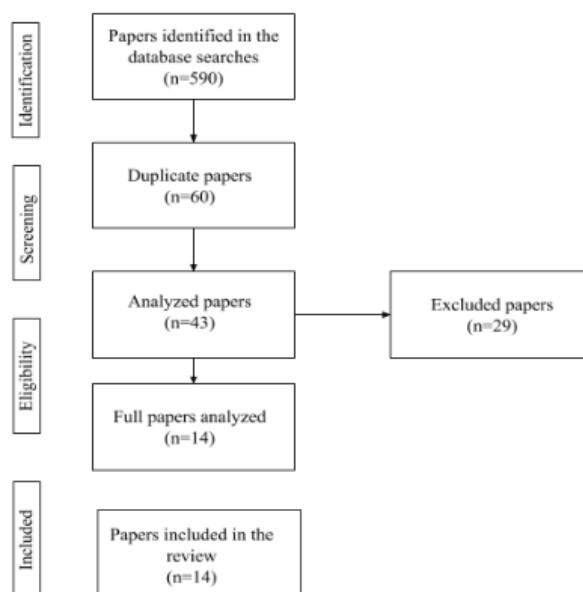
Teve como questão norteadora: “Quais as evidências científicas acerca do atributo essencial acesso de primeiro contato da criança na Atenção Primária à Saúde, com o uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – PrimaryCareAssessment Tool)?”

Os dados foram coletados nos meses de junho, julho e agosto de 2018, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine(PubMed), SciVerseScopus (SCOPUS) e Web Of Science. As palavras utilizadas foram “PrimaryCareAssessmentTool” e “PCATool” com a utilização do operador booleano OR. Os critérios de inclusão dos artigos definidos foram: artigos publicados em idiomas: português, inglês e espanhol, com os resumos e textos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2001 a 2017. E os de exclusão: duplicados e que não respondessem a questão de pesquisa, artigos teóricos, revisões integrativas, narrativas e sistemáticas,

relatos de experiência, editoriais, teses, dissertações, monografias, resumos, documentos e anais de eventos.

Para minimizar possível viés de aferição dos estudos, dois pesquisadores realizaram a leitura dos artigos e preenchimento do instrumento de forma independente, os quais posteriormente foram comparados. Não ocorreram divergências em relação à avaliação das publicações. Para elaboração dos resultados e discussões, 14 artigos responderam a questão norteadora. A Figura 1 representa o fluxograma conforme modelo PRISMA dos estudos selecionados nas bases de dados.

Figura 1 – Seleção de estudos nas bases de dados



Fonte: Autor da pesquisa.

Para a classificação dos artigos por nível de evidência, foi empregado o sistema de classificação do nível de evidência de Melnyk e FineoutOverholt¹¹. Este é ordenado por sete níveis, sendo: Nível I – evidências originárias de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; Nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – evidências

derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método.

RESULTADOS

A amostra desta revisão foi composta por 14 estudos que descrevem as evidências científicas acerca do acesso da criança nos serviços de APS, com o uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – PrimaryCareAssessment Tool). Apresenta-se no Quadro 1, a seguir, uma síntese dos artigos selecionados para esta revisão.

Quadro 1 - Estudos selecionados nas bases de dados.

Autor/ ano de publicação	Objetivo do estudo	Principais resultados	Nível de Evidência
Ferrer APS, Grisi SJFE. 2016. ¹²	Avaliar o acesso à APS entre crianças e adolescentes internadas por condições sensíveis na Atenção Primária à Saúde e analisar os fatores condicionantes.	O acesso na APS está inadequado e está relacionado a: presença de barreiras de acesso, valorização dos serviços de urgência e atitude frente às necessidades de saúde.	IV
Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. 2016. ¹³	Identificar o princípio de orientação familiar e comunitária nas Unidades de Saúde da Família, referente ao cuidado à saúde de crianças menores de dez anos	Existe uma fraca orientação dos atributos orientação familiar e comunitária na APS, indicando a necessidade de um olhar integral para a criança, com concepções macro e micropolíticas dos planejadores e gestores do cuidado em saúde, para garantir efetividade da atenção.	VI
Silva AS da, Baitelo TC, Fracolli	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a acesso;	Os três grupos avaliaram o acesso de primeiro contato - acessibilidade com baixos	VI

LA. 2015 ¹⁴ .	longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na ESF.	escores. Os profissionais avaliaram com alto escore os demais atributos. Os usuários emitiram avaliações de baixo escore para os atributos: orientação comunitária; orientação familiar; integralidade - serviços prestados; integralidade - serviços disponíveis.	
Quaresma FRP, Stein AT. 2015. ¹⁵	Comparar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) prestada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) às crianças e adolescentes com e sem deficiência física em Palmas (TO)	Acolhimento/postura nestes serviços tem permitido uma interação usuário- profissional satisfatória, imprescindível para um atendimento à saúde com qualidade.	VI
Antunes de Oliveira; Maria de La Ó R. Veríssimo. 2015. ¹⁶	Comparar o modelo assistencial de UBS com as ESF quanto à presença e extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde (APS), no atendimento de crianças.	As unidades com ESF estão mais próximas dos princípios da APS, mas há necessidade de rever ações de assistência à criança, visando aos atributos da APS, em ambos os modelos de atenção.	VI
Marques et al. 2014. ¹⁷	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS) para crianças e conhecer fatores associados.	Apenas o atributo Longitudinalidade foi bem avaliado. Todos os demais apresentaram escores médios considerados baixos. Mais de 80,0% dos entrevistados avaliaram com baixos valores os escores especial e geral de APS.	VI
Harzheim E et al. 2006 ¹⁸ .	Adaptar o PCATool ao Brasil e analisar sua validade e confiabilidade.	Indicaram que o PCATool-Brasil possui adequada validade e confiabilidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da atenção primária à saúde após sua aplicação em outros contextos populacionais.	VI
Ribeiro LCC,	Avaliar o acolhimento na perspectiva da postura	Inferir que o acolhimento/postura nestes	VI

Rocha RL, Ramos-Jorge M. 2010. ¹⁹	profissional da equipe de saúde da família na sua forma de receber, escutar e de aproximar quem cuida de quem é cuidado, na visão dos responsáveis por crianças.	serviços tem permitido uma interação usuário- profissional satisfatória, imprescindível para um atendimento à saúde com qualidade.	
van Stralen CJ et al. . 2008 ²⁰ .	Identificar a percepção do desempenho de unidades básicas de saúde com e sem Saúde da Família em cidades com mais de 100 mil habitantes em Goiás e Mato Grosso do Sul.	Os dados não apresentaram diferenças significativas entre as unidades com e sem saúde da família, mas as percepções dos profissionais são sempre mais favoráveis em comparação às dos usuários.	VI
Wolkers PC, Macedo JC, Rodrigues CM, Furtado MC, Mello DF. 2017 ²¹ .	Avaliar e comparar a qualidade da atenção primária ofertada às crianças com diabetes mellitus tipo 1 entre os tipos de serviços públicos de atenção à saúde na experiência dos seus principais cuidadores.	A atenção à saúde das crianças com diabetes mellitus tipo 1 no município estudado apresenta pouca presença e extensão dos atributos da atenção primária, com ações fragmentadas e desarticuladas, levam a prejuízos na integração e ampliação dos cuidados em rede.	VI
Pinto LF et al.. 2017 ²² .	Avaliar a extensão dos atributos da APS, desde a experiência dos usuários, tanto adultos quanto cuidadores de crianças, comparando a área atendida pelas unidades de saúde do bairro da Rocinha com as demais áreas do distrito sanitário no município do Rio de Janeiro.	Melhor desempenho para o cuidado das crianças, quando comparado aos adultos. Os atributos “acesso” e “integralidade – serviços disponíveis” foram aqueles que tiveram os piores desempenhos, provavelmente devido a grande migração externa e interna existente dentro da própria Rocinha.	VI
Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. 2013. ²³	Analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária e o grau de afiliação de crianças, com menos de um ano de idade, na Unidade de Saúde da Família.	as mães reconhecem e têm experiência com os aspectos da acessibilidade, atenção integral e coordenação da atenção, assim como orientação à comunidade, marcada pela preocupação e envolvimento da equipe de saúde na atenção à saúde das	VI

		crianças, de suas famílias e comunidade.	
Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. 2015 ²⁴ .	Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Quatá-SP.	Os atributos da APS apresentam-se no geral como satisfatórios, a acessibilidade e os serviços disponíveis precisam melhorar sua operacionalização. Identificou-se a necessidade de melhorar o acesso da população aos serviços de APS, com possíveis adequações no horário de funcionamento das unidades de saúde; facilitar o acesso e o agendamento de consultas; melhorar o sistema de referência e contrarreferência; disponibilidade de serviços como vacinas, sutura; e melhorar a comunicação entre profissionais e usuários.	VI
Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín MI, Borrell C. 2014. ²⁵	Avaliar as experiências com a atenção primária à saúde para crianças e adolescentes, considerando níveis de saúde, características sociodemográficas e o uso de serviços de saúde.	As pontuações no primeiro contato-acessibilidade, continuidade da atenção e competência cultural foram mais altas quando as crianças tinham cobertura sanitária dupla e mais baixas quando tinham visitado os serviços de emergência. Melhorias em algumas funções da atenção primária à saúde poderiam reduzir o uso de serviços de urgência e iniquidade.	VI

Fonte: autores da pesquisa.

A caracterização das produções incluídas (N=14) revelou que o tipo de delineamento de pesquisa dos artigos selecionados foi o de abordagem quantitativa. Houve predomínio de estudos realizados no Brasil (12)^{12-16,18-24}, seguido pelos Estados Unidos da América (1)¹⁷ e Espanha (1)²⁵. Os estudos desenvolvidos no Brasil concentraram-se na região Sudeste (8)^{12, 14, 15, 19, 21-24}. As áreas de conhecimento foram a enfermagem (8)^{13-16,19,21,23,24}, medicina

(3)^{12,17, 18}, psicologia (1)²⁰, estática (1)²²e nutrição (1) ²⁵. Quanto à distribuição temporal, o arranjo apontou a crescente publicação de estudos relacionados à temática de investigação entre os anos 2015, sendo que variaram de 2003 a 2017.

Em relação à titulação do autor principal são Doutores (8) ^{13, 15, 16, 18, 22} e Pós-Doutores (4) ^{12, 14, 17, 23}. Nos 14 artigos, a metodologia apresentou-se bem delineada, proporcionando a reprodução dos estudos em outras localidades. Analisando o nível de evidência, 13 artigos (92,86%) foram classificados com nível de evidência fraco (VI) e um (7,14%) ¹² com melhor nível de evidência (IV).

DISCUSSÃO

O acesso refere-se aos aspectos estruturais (funcionamento) dos serviços que interferem na relação destes com os usuários e o tempo de espera para o atendimento. São recursos de caráter não espacial que facilitam ou se tornam obstáculos aos esforços do cliente para obter atenção. A acessibilidade pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros fatores.²⁶.

O acesso de primeiro contato implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou episódio, para o qual as pessoas procuram cuidados de saúde.²⁶. Em relação a isso, identificou-se barreiras para o acesso à assistência tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sobretudo nas formas de comunicação e nos horários de funcionamento das mesmas. A estrutura e o processo de trabalho existentes nas ESF favorecem apenas os atendimentos de rotina, durante a semana, limitando o acesso de cuidadores/familiares que trabalham ^{14,18, 20}.

O acesso foi avaliado com baixo escores tanto para as UBS como para ESF, sendo que para as ESF a avaliação do atributo acesso foi ainda mais baixa. Não se trata apenas de insatisfação de usuários para com o atendimento, pois também os profissionais atribuem uma avaliação baixa ao acesso.²⁰ O mesmo foi evidenciado em outro estudo¹⁴no qual os participantes conferiram baixo escores para o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, destaca-se neste resultado, que não se trata apenas de insatisfação de

usuários para com o atendimento, já que os profissionais também atribuíram uma avaliação baixa, ele significa que a introdução da saúde da família não implicou necessariamente na melhoria de acesso, distanciando a ESF da reorientação do modelo de saúde preconizada nos políticas oficiais.

O estudo realizado nos Estados Unidos da América¹⁷ tratou sobre as barreiras relacionadas a disparidades raciais e étnicas na qualidade dos cuidados primários à crianças. Constataram que as crianças negras experimentaram uma qualidade mais baixa da atenção primária na maioria dos domínios de atendimento, em comparação com as crianças brancas. Os asiáticos americanos relataram a menor qualidade de atendimento na maioria dos domínios, mas particularmente na utilização de primeiro contato, no relacionamento interpessoal e na abrangência dos serviços recebidos. Os resultados sugerem que essas disparidades são reflexos da capacidade de pagar, disparidades de saúde, características sócio-demográficas ou variações raciais nas expectativas de atendimento.

Neste mesmo contexto, o estudo ³⁰ reforça o resultado anterior, ao analisar a acessibilidade de famílias negras de bairro popular aos serviços de atenção básica à saúde no Brasil, constatou que existem barreiras de acessibilidade econômicas, organizacionais e culturais que se interpõem entre a oferta de serviços e o atendimento efetivo e oportuno das necessidades da população negra.

A coordenação do cuidado também se mostra com dificuldades de acesso uma vez que o agendamento de consultas de referência a outros níveis de atenção se realiza por meio da Central de Marcação de Consultas, e se iguala as dificuldades de acesso entre os usuários nos serviços especializados como assim como na atenção básica.¹⁸

Ter visitado um clínico geral ou pediatra foi associado, no estudo ²⁵, a um melhor escore dos cuidados primários na continuidade do cuidado e na coordenação, e ter uma visita a um especialista também foi associado a uma melhor pontuação na continuidade dos cuidados. Porém os escores mais baixos nos domínios de primeiro contato (acessibilidade, continuidade de cuidados e competência cultural) foram associadas a maior probabilidade de utilização de serviços de emergência.

Corroborando com essa análise, crianças portadoras de doenças crônicas como o Diabetes Mellitus tipo 1, acompanhados em serviços especializados e serviços de APS, demonstrou que o acesso à saúde na APS é limitado, apontando dificuldades para agendamento de consultas, tempo de espera expandido e acolhimento frágil. Também verificou-se instabilidade da atenção quando a doença crônica torna-se aguda e necessita de intervenção de urgência.²¹

A dificuldade com a acessibilidade ao atendimento na APS é comum o que denota um enfraquecimento logo no início do processo de cuidado na APS.²⁴ Considerando que o usuário não consegue acessar os serviços de APS quando julga necessário, é justo que ele procure outra porta de entrada na rede de atenção à saúde.

O cuidado da criança na APS é motivado por demandas curativistas em detrimento à demandas preventivas, pelo maior volume de afecções agudas que apresenta, sendo que a criança adocece mais frequentemente que o adulto e principalmente por condições agudas ^{27, 28}. Nesse sentido os serviços de APS precisam considerar a à maior vulnerabilidade biológica e social da criança para programação específica e provimento de maior acesso.¹⁰

Assim os estudos ^{27, 28} confirmaram que algumas situações poderiam ter sido resolvidas na APS porém os usuários ir direto aos serviços de emergência, por valorizarem os serviços de maior densidade tecnológica, descaracterizando o papel da APS como coordenadora do cuidado.

O estudo ¹² reforça que o acesso aos serviços de APS está inadequado e está relacionado a presença de barreiras de acesso bem como a valorização dos serviços de urgência e atitude frente às necessidades de saúde. A postura e as opiniões dos profissionais reforçam os conceitos emitidos por usuários, refletindo no padrão de utilização dos serviços. Em suas avaliações os profissionais apontam que os usuários realmente, procuram os serviços de APS para emergências.

A localização das ESF, também constitui uma barreira de acesso, uma vez em que o limite territorial dessas são próximas gerando dificuldades de localizar esses usuários, ocorrendo o não pertencimento a ESF, sendo agravada com as mudanças contínuas das famílias entre os bairros limítrofes,

fragilizando o vínculo entre ESF e usuários. No estudo ²² com comunidades de periferias, estas são importantes locais para acompanhamento da mobilidade interna da população, a qual pode ser considerada a síntese da mobilidade espacial nas grandes metrópoles, como é o caso da cidade do Rio de Janeiro. O estudo ²²¹ ainda sugere que no planejamento de uma ESF os gestores considerem facilitar a acessibilidade geográfica, eliminando barreiras aos cuidados primários, tendo em vista as limitações de locomoção de crianças em becos, vielas e escadas íngremes.

Sobre o uso de instrumentos para a avaliação em saúde na atenção primária objetivando a qualificação da gestão e da assistência de saúde, os estudos encontrados utilizaram em suas avaliações sobre o desempenho dos serviços, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Primary Health Care Assessment Tool (PCATool), desenvolvido por Starfield e Shi e validado no Brasil pelo Ministério da Saúde. Nesta perspectiva, esse instrumento é capaz de mensurar a adequação dos atributos essenciais e derivados da APS nos serviços de saúde, também de avaliar a qualidade e a capacidade de respostas frente às diferentes situações em saúde na APS ³¹.

As possíveis limitações desse instrumento no Brasil, são relacionadas ao não mascaramento da comparação entre as versões em inglês e português e ao fato dos autores do artigo e da escala serem os responsáveis pela validação de conteúdo no Brasil. Entretanto, estes limites podem ser relativizados considerando o amplo processo de validação de conteúdo que já havia sido realizado por ocasião da validação da escala original nos Estados Unidos. Os autores reconhecem como o melhor instrumento a ser utilizada já que esse processo foi conduzido pelo grupo da The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations, cuja produção científica no campo da atenção primária à saúde é mundialmente reconhecida.²²

Também levaram em consideração o uso pelo Ministério da Saúde da tipologia da APS definida pela autora do instrumento original no embasamento teórico. Apesar das limitações, a validação deste instrumento possibilita uma estratégia de avaliação e comparação dos serviços da APS no Brasil dirigidos à população infantil de fácil realização.²²

Isso proporciona condições de reafirmação ou reformulação de aspectos de estrutura e processo do cuidado em direção à atenção primária à saúde de alta qualidade às crianças. Além de que, a avaliação da opinião dos usuários sobre suas experiências junto aos serviços de saúde é imprescindível para a qualidade do cuidado.²²

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar as evidências científicas acerca do Acesso de Primeiro Contato da criança nos serviços de Atenção Primária à Saúde, com o uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool). Consideramos a predominância de dois modelos de atenção nos estudos selecionados. Entre estes existem diferentes processos de trabalho, sendo o modelo direcionado ao cuidado familiar com maior ampliação, fato que potencializa o acesso da criança. Entretanto, este é um processo ainda em construção na APS, que encontra desafios, não só de manter o que existe como a ampliação para que o usuário reconheçam esta como ordenadora do seu cuidado. A restrições de investimentos públicos para a saúde dificulta um olhar para o futuro, que demanda mudanças significativas na estrutura do serviço, na qualidade e na sua efetividade, fragilizando a saúde da população, repercutindo negativamente na saúde das populações, vulnerabilizando a atenção dispensadas para a criança.

Com relação a resolutividade da APS, observou-se que apesar da expansão de cobertura da rede no país como citado anteriormente os serviços não têm alcançado a resolutividade. O familiar da criança, busca primeiramente os serviços de média e alta complexidade, urgência e emergência, como a sua porta de entrada, descaracterizando a APS como coordenadora da atenção do cuidado.

Os achados deste estudo, também apontaram evidência fraca nos artigos selecionados, demonstrando a necessidade de realizar estudos de maior evidência, a fim de favorecer a prática de avaliação em saúde na atenção primária. Espera-se com este estudo, proporcionar o planejamento das ações de cuidado frente à criança na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Oct 01]; 15(5): 2297-2305. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
3. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260-8. Acesso em 13/09/2018. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2004;20(2):S190-S198. Acesso em: 13/09/2018. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014
5. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
6. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>
7. Weiller TH. O acesso dos usuários na rede pública de saúde do município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Tese (Doutorado). 2008. 185p.
8. Sousa FGM, Erdmann AL. Qualificando o cuidado à criança na atenção primária de saúde. Rev. Bras. Enferm 2012; 65(5):795-802. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500012
9. Leão CDA et al. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 11 (3): 323-334. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3>

10. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. RevEscEnferm USP 2014; 48(2):335-45. Acesso em 23/09/2018. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins;2005.p.3-24
12. Ferrer APS, Grisi SJFE. Avaliação do acesso à atenção primária à saúde entre crianças e adolescentes hospitalizados por condições evitáveis. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2016 setembro [citado em 2018 01 de outubro]; 62 (6): 513-523. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.513>.
13. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. Ciência & Saúde Coletiva, 21(1):119-127, 2016. [citado em 2018 01 de outubro]; 62 (6): 513-523. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0119.pdf>
14. Silva S, Baitelo T, Fracolli, L. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família . Revista Latino-Americana De Enfermagem,2015;23(5):979-987. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>
15. Quaresma FRP, Stein AT. Atributos da atenção primária à saúde prestados a crianças / adolescentes com e sem deficiência. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 ago [citado em 2018 out 01]; 20 (8): 2461-2468. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.07992014>.
16. Oliveira VBCA de, Veríssimo MLR. Assistência à saúde de crianças segundo suas famílias: comparação entre modelos de atenção primária. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 fevereiro [citado em 2018 01 de outubro]; 49 (1): 30-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>.
17. Marques et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. Ciênc.saúdecoletiva

[Internet]. 2014 Feb [cited 2018 Sep 13];19(2):365-371. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013>.

18. Harzheim E et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad.SaúdePública [Internet]. 2006 Aug [cited 2018 Sep 13];22(8):1649-1659. Available from:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>.

19. 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.SaúdePública [Internet]. 2010 Dec [cited 2018 Oct 01];26(1):2316-2322. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200010>.

20. van Stralen CJ et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública[Internet]. 2008 [cited 2018 Sep 13];24(Suppl1):s148-s158. Available from:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>.

21. Wolkers PC, Macedo JC, Rodrigues CM, Furtado MC, Mello DF. Atenção primária à criança com diabetes mellitus tipo 1: perspectiva de cuidadores. Actapaul. enferm. [Internet]. 2017 Oct [cited 2018 Sep 13];30(5): 451-457. Available from:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700066>.

22. Pinto LF et al. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. Ciênc. saúde coletiva[Internet]. 2017Mar [cited 2018 Sep 13] ; 22(3): 771-781. Availablefrom: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33132016>.

23. Furtado MCC, Pina JC, Mello DF de, Lima RAG de. Avaliando o cuidado de crianças menores de um ano na Atenção Primária à Saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 abr [citado em 2018 01 de outubro]; 21 (2): 554-561. Availablefrom: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200012>.

24. Fracolli 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. Mundo da Saúde, São Paulo - 2015;39(1):54-61. Acesso

em: 13/09/2018. Availablefrom: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf

25. Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín MI, Borrell C. Experiências com a atenção primária associadas à saúde, características sociodemográficas e uso de serviços em crianças e adolescentes. Cad.SaúdePública [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Sep 25];30(12): 2607-2618. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00001014>.

26. Weiller TH; Damaceno AN, Bandeira D, Pucci V, Flores K. PCATool (PrimaryCareAssessment Tool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS). Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Availablefrom: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0799.pdf>

27. Siqueira SMC, Jesus VS de, Camargo CL de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. Ciênc.saúdecoletiva [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Sep 13] ; 21(1):179-189. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>.

28. Rati RMS et al. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. Ciênc. saúde coletiva[Internet]. 2013Dec [cited 2018 Sep 13] ; 18(12): 3663-3672. Availablefrom: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200022>.

29. Marin MJS, Marchioli MM, Dutra MYA. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 780-8. Acesso em : 13/09/2018. Availablefrom:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>

30. Trad LAB et al. Acessibilidade à atenção básica por famílias negras. Rev Saúde Pública 2012;46(6):1007-13. Acesso em: 25/09/2018. Availablefrom: https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v46n6/10.pdf

31. Nicola T, Pelegrini AHW. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. J Nurs Health. 2018;8(1): e188102. Acessoem: 25/09/2018. Available from:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11091/83>

83

APENDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Usuários

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão Criança/ Adulto/Profissionais

Título do estudo: PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL):
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL
DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-
graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8473

Locais da coleta de dados: Rede de Atenção Primária a Saúde dos municípios
integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de
forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e
responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e
instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas
dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de
participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência ou danos.

Objetivo deste estudo é: Avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios
pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, por meio da aplicação do
instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool versões Criança, Adulto e
Profissionais). **Riscos:** não estão vinculados riscos diretos, contudo você poderá sentir
desconforto/cansaço em responder ao questionário. E os **benefícios** serão indiretos,
contribuindo para o conhecimento científico da enfermagem, e no fortalecimento da
qualidade da Atenção Primária.

Assim como as informações fornecidas, você terá sua privacidade garantida pela
pesquisadora responsável. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo
quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos.

Ciente e de acordo com o que fora anteriormente exposto, eu (responsável,
usuário ou profissional) _____,
estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas
vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20__

Assinatura do pesquisador responsável
Dra Teresinha Heck Weiller

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade
Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax:
(55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APENDICE C – Termo de Confidencialidade

Termo de Confidencialidade dos dados

Título do projeto: PCATOOL (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8263

Locais da coleta de dados: Rede de Atenção Primária a Saúde dos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados que serão coletados por meio de entrevistas individuais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala 1315B do Deptº Enfermagem da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi, Santa Maria – RS. CEP: 97105-900, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Dra Teresinha Heck Weiller. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em __/__/__, com o número do CAAE _____

Santa Maria, ____ de _____ de 20__

APENDICE D – Questionário Sócio Econômico

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Instruções: PRIMEIRA PARTE COMUM A TODOS OS PARTICIPANTES.

1 - Número do Questionário

2 - Data da entrevista

3 - Entrevistador:

4 - Cidade da Coleta
 Verdes Campos
 Entre Rios

5 - Cidade

6 - Unidade
 UBS Tradicional
 UBS ESF
 Unidade Mista

7 - Data de Nascimento

8 - Sexo
 Masculino Feminino

9 - Situação Conjugal
 Solteiro
 Casado
 Viúvo
 Divorçado
 União estável

10 - Cor/Etnia
 Branco Amarelo
 Pardo Indígena
 Negro

11 - Formação
 Fundamental Incompleto
 Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Superior Incompleto
 Superior Completo
 Outro
 Não alfabetizado

12 - Possui plano de saúde privado?
 Sim Não

13 - Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à unidade?
 A pé/carona/bicicleta
 Transporte coletivo
 Transporte escolar
 Transporte próprio (carro/moto)

14 - Possui quantos filhos?
 um
 dois
 três
 mais de quatro
 nenhum

Instruções: PARTE ESPECÍFICA PARA VERSÃO PROFISSIONAL

15 - Formação
 Médico
 Enfermeiro
 Odontólogo
 Nutricionista
 Psicólogo
 Farmacêutico
 Terapeuta ocupacional
 Educador físico
 Assistente social

16 - Qual turno de trabalho
 Diurno Noturno
 Ambos

17 - Vínculo empregatício
 Celetista Estatutário
 Outro

18 - Quanto tempo trabalha nesse serviço

19 - Você trabalha em outro serviço?
 Não Público
 Privado

20 - Você tem algum cargo nesse trabalho?
 Sim Não

21 - Ano de conclusão

22 - Formação complementar
 Sim Não

23 - Qual

24 - Você realiza qual (is) atendimento (os) nesta Unidade? Saúde da Mulher Saúde do Idoso Saúde Mental

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança**

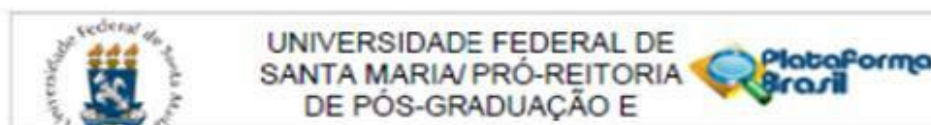
C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Quando o (a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> "?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (" <i>consulta de rotina</i> ") no(a) " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> "?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando você chega no " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ", você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " quando você pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Fonte: BRASIL, 2010

ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador: Teresinha Heck weiler

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34137314.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 756.292

Data da Relatoria: 14/09/2014

Apresentação do Projeto:

A proposta deste estudo se insere no grupo Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Linha Gestão e Atenção em saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. É um projeto do tipo "guarda chuva" que tem por objetivo avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa que será realizado com cuidadores/ responsáveis de crianças, adultos >18 anos e profissionais/gestores da rede de atenção básica dos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS) com sede no município de Santa Maria.

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, dentre 600 profissionais e 3600 usuários. O instrumento utilizado será Primary Care Assessment Tool, versões Criança, Adulto e Profissionais.

A avaliação da qualidade da atenção à saúde será considerada como a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2009). O referido instrumento mede a presença e a extensão de cada atributo da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio de média aritmética

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com