

Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais

Assessment of access to first contact in the perspective of professionals
Evaluación del acceso de primer contacto en la perspectiva de los profesionales

Gláucia Margarida Bezerra Bispo^I

ORCID: 0000-0002-2633-002X

Eduarda Maria Duarte Rodrigues^{II}

ORCID: 0000-0003-4907-7319

Amanda Cordeiro de Oliveira Carvalho^{III}

ORCID: 0000-0003-4274-9960

Kenya Waleria de Siqueira Coêlho Lisboa^{IV}

ORCID: 0000-0001-6589-5464

Roberto Wagner Júnior Freire Freitas^{III}

ORCID: 0000-0001-9295-1177

Marta Maria Coelho Damasceno^{IV}

ORCID: 0000-0003-4461-0145

^I Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil.

^{II} Secretaria Municipal de Saúde. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

^{III} Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{IV} Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, Lisboa KWSC, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180863. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0863>

Autor Correspondente:

Gláucia Margarida Bezerra Bispo
E-mail: gluciambbispo@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 04-11-2018

Aprovação: 02-05-2019

RESUMO

Objetivos: avaliar o atributo “acesso de primeiro contato”, na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Métodos: estudo avaliativo e transversal, realizado no período de fevereiro a março de 2017. A amostra foi composta por 163 profissionais de saúde, de ambos os sexos, que trabalhavam na atenção básica do Município de Juazeiro do Norte, Ceará. O acesso de primeiro contato foi avaliado pelo instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Foi empregada a marca de 6,60 como ponto de corte para o atributo avaliado. **Resultados:** o acesso de primeiro contato alcançou escore de 3,3, denotando um baixo grau de orientação para a Atenção Primária à Saúde. Os profissionais enfermeiros foram os que avaliaram de modo mais negativo o atributo ($p=3,2$). **Conclusões:** o acesso de primeiro contato obteve baixo escore, apontando a fragilidade da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Avaliação em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the “access to first contact” attribute, from the perspective of Primary Care Health professionals. **Methods:** an evaluative and cross-sectional study, carried out from February to March 2017. The sample consisted of 163 health professionals, of both genders, who worked in the basic care of the Municipality of Juazeiro do Norte, Ceará. Access to first contact was evaluated by the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The 6.60 mark was used as the cut-off point for the evaluated attribute. **Results:** access to first contact reached a score of 3.3, denoting a low degree of orientation for Primary Health Care. Nurses were the ones who evaluated the attribute more negatively ($p=3.2$). **Conclusions:** access to first contact obtained a low score, pointing to the fragility of the Family Health Strategy as a gateway to the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde).

Descriptors: Health Evaluation; Access to Health Services; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Personnel.

RESUMEN

Objetivos: evaluar el atributo “acceso de primer contacto”, en la perspectiva de los profesionales de la Atención Primaria de Salud. Métodos: el estudio de evaluación e transversal, realizado en el periodo de febrero a marzo de 2017. La muestra fue compuesta por 163 profesionales de salud, de ambos sexos, que trabajaban en la atención básica del Municipio de Juazeiro do Norte, Ceará. El acceso de primer contacto fue evaluado por el instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool). Se empleó la marca de 6,60 como punto de corte para el atributo evaluado. **Resultados:** el acceso de primer contacto alcanzó una puntuación de 3,3, denotando un bajo grado de orientación para la Atención Primaria de Salud. Los profesionales enfermeros fueron los que evaluaron de modo más negativo el atributo ($p=3,2$). **Conclusiones:** el acceso de primer contacto obtuvo bajo puntaje, apuntando a la fragilidad de la Estrategia Salud de la Familia como puerta de entrada del Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde).

Descriptores: Evaluación en Salud; Acceso a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia Salud de la Familia; Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

A avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma preocupação e, conseqüentemente, prioridade para o Ministério da Saúde (MS), que relativamente desenvolve estratégias de pesquisa no país, com a intenção de avaliar os resultados alcançados, entre eles estando a organização, provisão e qualidade dos serviços de saúde.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), como eixo estruturante da reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na APS, favorece grandes avanços no que se refere a maior extensão do acesso, maior qualidade dos serviços e reconfiguração nas maneiras de produzir cuidado em saúde no território⁽¹⁾. No território brasileiro, a ESF deve constituir a principal porta de entrada para o serviço de saúde⁽²⁾.

A APS compreende um conjunto articulado e integrado de atributos inerentes aos serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural⁽³⁾.

É possível avaliar cada atributo, separadamente, embora todos estejam inter-relacionados, tanto na prática assistencial como na individual ou coletiva, considerando-se que, quanto maiores a presença e a extensão de um atributo, mais forte será a orientação para a APS⁽⁴⁻⁶⁾.

Nesse contexto, destaca-se o acesso de primeiro contato como atributo constituído por dois componentes: estrutura (acessibilidade) e desempenho (utilização ou acesso). A estrutura favorece a entrada das pessoas ao serviço de saúde, considerando aspectos geográficos e organizacionais, bem como a capacidade de produzir e responder às necessidades da população. O desempenho refere-se ao modo como as pessoas percebem a acessibilidade e utilizam esses serviços para alcançar melhores resultados em saúde, não sendo restrito apenas à entrada ao serviço⁽⁷⁾.

Optou-se por abarcar, neste estudo, a definição de "acesso de primeiro contato" como o primeiro recurso utilizado pelos usuários, havendo necessidades (problemas novos ou antigos), tornando-se porta de entrada para o sistema de saúde, ancorado na complexidade do conceito de acesso, na ausência de consenso, sobre sua abrangência, a literatura e na utilização do instrumento e do modelo teóricos adotados por Starfield^(3,5,8).

Os benefícios do acesso de primeiro contato eficaz influenciam diretamente na redução da morbimortalidade, no número de internação hospitalar e de encaminhamentos desnecessários. Não obstante, a ausência de efetividade da acessibilidade pode dificultar a resolubilidade dos problemas de saúde da população assistida e prejudicar o desempenho do próprio serviço⁽⁹⁾.

Estudos⁽⁹⁻¹³⁾ apontam que embora se evidenciem mudanças positivas no nível primário de atenção, o acesso continua sendo um dos principais desafios para os serviços de saúde. Contudo, no contexto internacional, o acesso de primeiro contato apresenta-se com escore acima do ponto de corte⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Esse atributo perpassa por uma gama de questões, como o acolhimento, a humanização da atenção ofertada, a adequação entre a oferta e a demanda de serviços, incluindo a disponibilidade e a acessibilidade geográfica⁽¹³⁾.

Existem distintas maneiras de se avaliar os atributos da APS. Contudo, o *PCATool* é um dos meios mais utilizados, por ser um

instrumento já validado no Brasil. No contexto da Região nordestina, são escassos os estudos que buscaram avaliar o acesso de primeiro contato, especialmente no Ceará, palco da elaboração e origem de duas estratégias relevantes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a ESF.

O presente estudo, portanto, difere dos demais, pois apresenta informações inexistentes e necessárias para a avaliação do SUS como porta de entrada, sob a ótica das três categorias profissionais de ensino superior (Enfermeiro, Médico e Cirurgião-Dentista) que constituem a ESF. A avaliação do acesso do ponto de vista destes pode desvelar os elementos funcionais e estruturais na organização das suas ações, bem como revelar os possíveis caminhos que hão de ser percorridos para garantir a cobertura, o acesso universal e a atenção integral e integrada para a população usuária do SUS.

OBJETIVOS

Avaliar o acesso de primeiro contato na percepção dos profissionais da ESF.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa considerou, em todas as suas etapas, os princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução 466/2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Desenho, local do estudo e período

Pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa e com delineamento transversal, desenvolvida em uma tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. O estudo foi desenvolvido em 63 estabelecimentos de saúde da APS do Município de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, nos meses de fevereiro e março de 2017. Utilizou-se ainda para nortear a metodologia, uma lista de verificação que contém 22 itens, denominada *STROBE Statement* (Declaração STROBE), com recomendações sobre o que deve ser incluído em uma descrição precisa e completa de estudos transversais⁽¹⁶⁾.

Juazeiro do Norte está localizado na área central da Região Metropolitana do Cariri, no Sul do estado do Ceará, ocupando área de 248 km² com população estimada de 266.022 mil habitantes e densidade demográfica de 1.006,91 hab./Km²⁽¹⁷⁾. Para fins administrativos e operacionais, o Município foi dividido em sete distritos e possui em seu primeiro nível de atenção 63 Equipes Saúde da Família. Dessas, 38 contam com equipe de Saúde Bucal, 12 equipes de atendimento tradicional, denominadas Equipes de Agente Comunitário de Saúde, promovendo uma cobertura assistencial de 75% da população⁽¹⁸⁾.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Participaram da pesquisa 163 profissionais: 40 cirurgiões-dentistas, 63 enfermeiros e 60 médicos que atuavam na ESF. Utilizou-se como critério de inclusão estar na equipe há, no mínimo,

um ano, considerando que o tempo é fator determinante para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários. Foi critério de exclusão o fato de estar afastado por motivo de férias ou licença médica. Dentre a população total da pesquisa (169 profissionais atuantes no período da pesquisa), somente 06 (seis) convergiram com os critérios de exclusão.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por meio de instrumento composto por duas partes. A primeira continha dados para caracterização sociodemográfica, de formação acadêmica e experiência profissional, onde foram consideradas como variáveis independentes: o sexo, que fez referência ao masculino ou feminino; a idade foi descrita em anos; o estado civil compreendeu a situação de casado (a)/união estável, solteiro/(a), viúvo(a), divorciado(a); o tempo de formação foi descrito em anos; a realização e tipo de pós-graduação se referiu à especialização, residência, mestrado e doutorado; o tempo de trabalho na ESF foi mostrado em anos e a modalidade de ingresso no serviço incluiu concurso ou prestação de serviço. Enquanto isso, a segunda parte correspondeu à avaliação do atributo "acesso de primeiro contato" da APS, com a utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* - versão profissionais^(3,5,19).

O *PCATool* permite a obtenção de escores para os atributos da APS (acesso de primeiro contato, atendimento continuado/longitudinalidade, coordenação e integralidade) e atributos derivados (abordagem/orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), e escore geral. No referido instrumento, o atributo "acesso de primeiro contato" é avaliado com apoio em nove perguntas, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Perguntas para avaliação do atributo "acesso de primeiro contato", conforme instrumento *Primary Care Assessment Tool*

Itens de avaliação – Acesso de primeiro contato
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até às 20hs?
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?
A4 – Quando seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone, quando julgam ser necessário?
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado, existe algum número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?
A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, <i>check-up</i>) no seu serviço de saúde?
A9 – Em média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

Fonte: *Primary Care Assessment Tool* (2001).

No instrumento de coleta, para todos os itens acima, havia as seguintes respostas como opções: com certeza, sim (valor = 4); provavelmente, sim (valor = 3); provavelmente, não (valor = 2); com certeza, não (valor = 1); não sei/não lembro (valor = 9).

O contato com os participantes ocorreu durante oficinas de trabalho desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde, momento em que se realizou o repasse dos objetivos da pesquisa, esclarecimentos sobre a metodologia, entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura, bem como posterior aplicação do instrumento de coleta de dados. Essa metodologia usada para coleta de dados foi utilizada para todos os distritos de saúde, tendo sido necessárias, ainda, visitas a 18 Unidades Básicas de Saúde para busca ativa de profissionais que não compareceram às oficinas.

Análise dos resultados e estatística

Foram efetuadas análise descritiva e estatística dos valores dos itens do atributo "acesso de primeiro contato" do *PCATool*. Os dados foram tabulados e analisados por meio do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 23. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como média e Desvio Padrão, mínimo e máximo, para variáveis quantitativas. Os Testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis foram utilizados para verificar associação entre as variáveis sociodemográficas. Os resultados foram expressos em tabelas. Para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado um nível de significância de 5%.

Ainda para a análise, foram consideradas as seguintes regras: o item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor a orientação para a APS. Assim, este item teve seu valor invertido para: (valor 4 = 1), (valor 3 = 2), (valor 2 = 3) e (valor 1 = 4); ainda, para um entrevistado, quando a soma das respostas "não sei/não lembro" ou em branco "missing" atingiu 50% ou mais do total de itens, não foi calculado o escore para este entrevistado. Por outro lado, quando atingiu menos de 50% do total de itens, o valor "9" foi transformado para o valor "2". Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde não conhecidas pelo entrevistado.

A variável de desfecho foi a qualidade dos serviços de APS, cujo valor igual ou maior a 6,6 foi considerado alto escore de APS, significando grau satisfatório de aproximação com a APS⁽¹⁹⁾.

RESULTADOS

Foram realizadas 163 entrevistas com cirurgiões-dentistas (n=40; 24,5%), enfermeiros (n=63; 38,6%) e médicos (n=60; 38,8%) da ESF. A idade variou de 24 a 66 anos, denotando média de 41,3 e Desvio Padrão de 10,4. Predominou, na amostra, o sexo feminino (n=102; 62,5%) e casados ou em união estável (n=120; 73,6%). Quando questionados quanto ao tipo de Instituição de Ensino Superior (IES) onde concluíram a graduação, 63,8% relataram ter sido em instituição pública. Parcela significativa da amostra (n= 139; 85,3%) acentuou possuir pós-graduação, predominando as especializações *lato sensu* (n=114; 69,9%). Ainda, relativamente à pós-graduação, os resultados apontaram que parte significativa

dos profissionais concluiu a especialização em Saúde da Família (n=99, 60,7%). O tempo médio em que os profissionais estavam trabalhando na ESF foi de 10,9 anos (Desvio Padrão = 5,7). Por sua vez, o tempo de permanência na atual equipe mostrou média de 6,4 anos (desvio-padrão = 4,4). Com relação à modalidade de ingresso na ESF, uma parcela expressiva (n = 107; 65,6%) afirmou ter sido admitida por meio de concurso público (Tabela 1). Ao avaliar a associação entre as características sociodemográficas dos profissionais e o atributo essencial (acessibilidade), não houve associação com significância (p>0,05).

O atributo “acesso de primeiro contato” alcançou escore de 3,3 (Tabela 2), considerado baixo grau de orientação para APS. Os profissionais enfermeiros foram os que atribuíram menor escore (3,2), e os cirurgiões-dentistas, o maior (3,4).

Ao analisar os itens que compõem esse atributo, ficou perceptível que os maiores percentuais de respostas “com certeza não” estiveram concentrados nos questionamentos: “Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?” (93,2%), e “Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até às 20h?” (95,4%).

Tabela 1 – Classificação sociodemográfica dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da ESF, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	Cirurgião-Dentista		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Pós-graduação							
Sim	34	24,5	62	44,6	43	30,9	<0,001
Não	4	26,7	0	0,0	11	73,3	
Em andamento	2	22,2	1	11,1	6	66,7	
Tipo de pós concluída (n=139)							
Especialização	31	28,0	55	49,5	25	22,5	<0,001
Residência	-	-	-	-	12	100,0	
Mestrado	3	20,0	7	46,7	5	33,3	
Doutorado	-	-	-	-	1	100	
Anos de trabalho (média ± Desvio Padrão)	11,0 - 3,5		11,6 - 5,5		10,2 - 6,9		0,367 ³
Anos na ESF (média ± Desvio Padrão)	7,6 - 3,4		6,6 - 4,3		5,4 - 4,9		0,008³
Idade (média ± Desvio Padrão)	42,2 ± 8,6		39,8 ± 7,9		42,4 ± 13,5		0,460 ³
Faixa etária							
24 a 29	2	11,8	5	29,4	10	58,8	<0,001 ²
30 a 39	19	30,6	29	46,8	14	22,6	
40 a 49	6	14,6	17	41,5	18	43,9	
50 a 59	9	47,4	7	36,8	3	15,8	
60 ou mais	1	9,1	1	9,1	9	81,8	
Sexo							
Masculino	19	33,3	6	10,6	32	56,1	<0,001 ¹
Feminino	20	19,6	55	53,9	27	26,5	
Estado civil							
Casado	33	27,5	43	35,8	44	36,7	0,225 ¹
Não casado	6	15,0	19	47,5	15	37,5	
Zona							
Urbana	35	24,2	55	37,9	55	37,9	0,698 ²
Rural	5	27,8	8	44,4	5	27,8	

Nota: ¹Teste Qui-quadrado; ²Teste Exato de Fisher; ³Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos itens do atributo “acesso de primeiro contato”, na perspectiva dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da ESF, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, 2017

Itens*	Acesso de primeiro contato										Escore do atributo
	Com certeza, sim		Provavelmente, sim		Provavelmente, não		Com certeza, não		Não sei/ não lembro		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
A1	-	-	-	-	11	6,8	152	93,2	-	-	3,3
A2	-	-	-	-	9	5,5	154	95,4	-	-	
A3	97	59,5	57	35,0	2	1,2	5	3,1	2	1,2	
A4	9	5,5	28	17,2	43	26,4	71	43,5	12	7,4	
A5	5	3,1	8	4,9	29	17,8	111	68,1	10	6,1	
A6	4	2,5	9	5,5	30	18,4	118	72,4	2	1,2	
A7	3	1,8	7	4,3	36	22,1	114	70,0	3	1,8	
A8	84	51,5	64	39,3	12	7,4	3	1,8	-	-	
A9	16	9,8	83	50,9	35	21,5	18	11,0	11	6,8	

Nota: *A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até às 20hs? A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A4 – Quando seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone, quando julgam ser necessário? A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado, existe algum número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecerem? A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? A9 – Em média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

Por sua vez, obtiveram-se elevados percentuais de respostas positivas os questionamentos: "Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém de seu serviço o atende no mesmo dia?" (59,5%), e "É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, *check-up*) no seu serviço de saúde?" (51,5%).

DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas dos profissionais deste estudo vão ao encontro do resultado encontrado na literatura⁽⁸⁾, prevalecendo os profissionais com média de idade de 41,3 anos, do sexo feminino, casados ou em união estável.

Quanto à formação, revela destaque para instituições públicas e crescente interesse dos profissionais em qualificar-se por meio da pós-graduação na área da Saúde da Família^(8,11), semelhante ao encontrado na presente pesquisa.

Em relação ao tempo de desempenho como profissional da APS, observou-se o baixo tempo médio de atuação, em consonância com outras pesquisas^(8,11). O pouco tempo de permanência e a alta rotatividade dos profissionais da ESF, podem levar a fragilidade e dificuldade de construção de vínculo e confiança na relação com os usuários⁽¹³⁾.

O acesso de primeiro contato é o segundo atributo mais estudado e avaliado nas pesquisas científicas⁽²⁰⁻²¹⁾. Neste estudo, o atributo obteve escore inferior ao ponto de corte (6,6), mostrando assim, a fragilidade da ESF como provedora do acesso aos serviços de saúde, resultados estes que convergem com demais pesquisas realizadas em diferentes localidades nacionais. Citam-se estudos realizados no interior do estado do Rio Grande do Norte^(4,9), Espírito Santo^(10,13), Minas Gerais⁽¹¹⁾ e São Paulo⁽¹²⁾.

No instrumento utilizado (*PCATool-Brasil*, versão profissionais), visualiza-se uma sutil relação entre as expressões "acesso de primeiro contato" e "facilidade de se alcançar e utilizar os serviços ofertados"⁽²¹⁾. Esse atributo, no entanto, inclui uma gama de processos perpassando por vários pontos relacionados ao acolhimento, humanização da atenção ofertada, adequação entre oferta e demanda de serviços. Ainda, refere-se a acessibilidade geográfica, a adequação de horários e o tempo de espera para consulta e demais procedimentos⁽¹⁰⁾.

Corroborando com outros estudos^(20,22-23), afirma-se que fatores, como barreiras geográficas, reduzido horário de funcionamento das unidades, dificuldades encontradas para marcação de consultas e extenso tempo de espera na unidade para ser atendido, incidem diretamente para alcance do baixo escore no atributo "acesso de primeiro contato".

Ressalta-se, ainda, que o não funcionamento das unidades de saúde no período noturno e nos sábados e domingos, bem como a ausência da internet e rede de telefonia para uso na comunicação entre profissional e usuário, reflete na redução do escore do atributo. Esta realidade se repete nas diversas regiões do Brasil⁽²²⁻²⁵⁾.

O presente cenário representa séria limitação, uma vez que há um grande intervalo diário descoberto para a atenção à saúde, podendo ter repercussão na sobrecarga de outros níveis, como atenção secundária representada pelas Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais.

Dessa forma, a possibilidade de ampliação do horário de atendimento das ESF resolveria parte das queixas da população e contribuiria para amenizar a superlotação nos pontos da atenção secundária^(4,9).

Para superar esta problemática de inadequação do acesso de primeiro contato, os gestores em Saúde devem implementar mudanças organizacionais da ESF, criação de horários mais amplos e contratação de profissionais⁽⁴⁾. Além disso, deve-se estimular maior responsabilização e vinculação, por parte dos profissionais de saúde, por meio de mudanças no processo de trabalho⁽⁹⁻¹⁰⁾.

É conveniente ressaltar que a organização dos serviços da APS do Brasil denota diferenças significativas no modelo de atenção entre os diversos estados brasileiros, como as Regiões Sul e Sudeste, onde o *PCATool* foi aplicado^(22,25-27).

Corroborar-se a afirmação de que na Região nordestina ainda possui acesso insuficiente aos serviços de APS para garantir a integralidade da atenção⁽²⁷⁾. Em divergência, em alguns estados brasileiros e no cenário internacional, o acesso de primeiro contato é avaliado como positivo em termos de presença e extensão^(8,14-15,26). Nesses, cenários as avaliações positivas são decorrentes da existência de maneiras alternativas de comunicação entre profissionais e usuários, como a internet e a telefonia.

Observou-se um desenho preocupante para o nível primário de atenção, considerando-se que é por intermédio do acesso de primeiro contato que os profissionais da ESF realizam ações, como acolher, ouvir, conhecer as necessidades de saúde, aumentar o vínculo entre profissional, estabelecer as relações de confiança, incentivar a aderência ao tratamento de saúde, bem como proporcionar a acessibilidade, longitudinalidade do cuidado e integralidade.

Frente aos resultados encontrados, torna-se necessário a reformulação das políticas públicas específicas à APS que contemple a ampliação do horário de atendimento para o período noturno e finais de semana, ainda o estabelecimento de formas de comunicação, entre usuários e profissionais, por meio de redes de telefonia e internet⁽²⁸⁾. Assim, os gestores em saúde podem encontrar bases legais que fundamentem as mudanças no atual cenário de atuação das ESF em âmbito nacional.

Limitações do estudo

A realização da pesquisa somente com profissionais da Saúde e a ausência da avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva do usuário do SUS como um ator envolvido no processo do cuidado, pode ser apontada como possível limitação do estudo. Outra limitação do estudo concerne à incompatibilidade de alguns quesitos preconizados pelo instrumento *PCATool-Brasil*, versão profissionais e a realidade da oferta de serviços de saúde pelas equipes da ESF, especificamente, no âmbito do horário de atendimento. Com suporte neste contexto, mostra-se nítida a necessidade de adaptação do instrumento para as futuras pesquisas no âmbito da APS.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os achados contribuem para a área da Enfermagem, tendo em vista que esta categoria profissional compõe a equipe multiprofissional da ESF e possui responsabilidade compartilhada no âmbito da acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Quanto à saúde pública, em geral, os resultados agregam informações que possibilitam sensibilizar os gestores e contribuir para

a reestruturação ou formação de políticas que possam focalizar no acesso de primeiro contato na APS.

CONCLUSÃO

Sinaliza-se que as equipes e a gestão da ESF precisam fortalecer a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, buscando

estabelecer opções de comunicação entre os profissionais e os usuários, principalmente nos dias e horários em que as unidades permanecem fechadas. Tornar factível a comunicação por meio da telefonia ou via internet talvez seja um dos caminhos para que a ESF se torne efetivamente provedora da APS, considerando a inviabilidade, no contexto atual, de alteração do horário de funcionamento das ESF.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. 1100 p.
2. Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 411 pp.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004, 726p.
4. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida JHJB. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014[cited 2018 Mar 31];19(8):3521-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>
5. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* [Internet]. 2001[cited 2018 Mar 31];50(2):161-4. Available from: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>
6. Sumar N, Fausto MCR. Primary Health Care: the construction of an expanded concept. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2014[cited 2018 Mar 31];5(2):202-12. Available from: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/217/220>
7. Marques JF, Áfio ACE, Carvalho LV, Leite SS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Physical accessibility in primary healthcare: a step towards the embracement. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018[cited 2018 Mar 31];39:e2017-0009. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>
8. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Training and Qualification of Health Professionals: Factors Associated to the Quality of Primary Care. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016[cited 2018 Mar 31];40(4):547-59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
9. Oliveira-Morais J, Morais F, Santiago C. First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 31];9(3):848-56. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5575>
10. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015[cited 2018 Mar 31];23(3):559-9. Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf
11. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araújo A. Evaluation of primary health care attributes according to family health professionals. *SANARE* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 29];15(2). Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1042/588>
12. Gomes MFP, Fracoli LA. [Evaluation of primary health care attributes according to family health professionals]. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 29];31(3):1-13. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7108>
13. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Primo CC. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 29];20(2):275-80. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0275.pdf
14. Bresick G, Sayed AR, Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 30];8(1):1-12. Available from: <http://www.scielo.org.za/pdf/phcfm/v8n1/09.pdf>
15. Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of Chinese patients in Guangdong Province, China. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 30];16(a):335. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27484465>
16. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, PC Gotzsche, Vanderbroucke J. for the STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2008 [cited 2019 Feb 30]; 61(4):344-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313558>
17. Juazeiro do Norte. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento da Atenção Básica. Plano municipal de Saúde. Juazeiro do Norte: Secretaria Municipal de Saúde; 2018. 95p.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100923.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da

atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool– Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.

20. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 31];22(6):1881-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf
 21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, 31 dez 2010; Seção 1. p. 88.
 22. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Assessment of Primary Healthcare attributes in one Municipality of Minas Gerais State. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016[cited 2018 Mar 31];20(4):e20160104. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/en_1414-8145-ean-20-04-20160104.pdf
 23. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Evaluation of primary care: the point of view of users. *Saúde Debate* [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 31];41(114):741-52. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>
 24. Penso JM, Périco E, Oliveira MMC, Strohschoen AAG, Carreno I, Rempel C. Evaluation of Primary Health Care using the PCATool-Brazil Instrument. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 31];12(39):1-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1212](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1212)
 25. Santos NCCB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Presence and extent of primary care characteristics under different models for children's healthcare. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018[cited 2018 Mar 31];34(1):e00014216. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00014216.pdf>
 26. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015[cited 2018 Mar 31];31(9):1941-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>
 27. Silva NA, Silva AS, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. Primary care assessment from a male population perspective. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(2):255-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/0034-7167-reben-71-02-0236.pdf>
 28. Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Accessibility to Basic Family Health Units from the perspective of the elderly. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018[cited 2018 Mar 31];23(3):923-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0923.pdf>
-