

Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança

Challenges in the coordination of children's healthcare

Rosane Meire Munhak da Silva ¹
Reinaldo Antônio da Silva Sobrinho ¹
Eliane Tatsch Neves ¹
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso ¹
Cláudia Silveira Viera ¹

Abstract *This is a qualitative survey with a hermeneutic-dialectic frame of reference, designed to identify how parents and caregivers see the attribute 'coordination' in children's healthcare, in terms of resolving problems in children's health. The interview was held with 16 people responsible for care of children under one year of age, served in Emergency Care Units of a municipality in the south of Brazil, in 2010. With the thematic analysis, the central category was identified as: Effects and results of fragile coordination in Children's Primary Health Care, with the following themes: Divergences between different health units in the organization of care; functional barriers and delays obstructing access to technologies; absence of effective communication; absence of medical transport; need for healthcare on an individual basis; and coordination involving management of healthcare. It was concluded that the absence of coordination results in the absence of a solution-based approach in healthcare for children under one year old, showing gaps in the organization of the services and in health management, since communication, access to technologies, referral and counter-referral systems, and secure transport become essential for organizing primary care services and offering fully rounded care to the child.*

Key words *Primary Health Care, Care of children, Health services, Pediatric nursing*

Resumo *Com o objetivo de identificar o atributo coordenação na Atenção Primária à Saúde, na visão de pais e cuidadores, para a resolução dos problemas de saúde das crianças, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa baseada no referencial da hermenêutica-dialética. A entrevista foi feita com 16 cuidadores de crianças menores de um ano, atendidas em Unidades de Pronto Atendimento de um município sul brasileiro, em 2010. Com a análise temática, identificou-se como categoria central: repercussões da frágil coordenação na Atenção Primária à Saúde da criança, representadas pelos temas divergências na organização do atendimento entre unidades de saúde; barreiras funcionais e morosidade dificultando o acesso às tecnologias; ausência de comunicação efetiva; ausência de transporte sanitário; busca por atenção à saúde individual; e, coordenação envolvendo gestão da atenção à saúde. Concluiu-se que a ausência da coordenação levou à falta de resolutividade na atenção à saúde da criança menor de um ano, demonstrando lacunas na organização dos serviços e na gestão em saúde, uma vez que, comunicação, acesso às tecnologias, sistemas de referência e contrarreferência e transporte seguro tornam-se essenciais para organizar os serviços de atenção primária e oferecer o cuidado integral à criança.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Cuidado da criança, Serviços de saúde, Enfermagem pediátrica*

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Av. Tarquínio Joslin dos Santos 1300, Polo Universitário. 85870-650 Foz do Iguaçu PR Brasil.
zanem2010@hotmail.com

Introdução

As transformações sociais da vida da criança foram demarcadas por elevados índices de Mortalidade Infantil (MI) em todo mundo, e, inicialmente, as tentativas por parte dos governantes não foram totalmente eficazes para mudar este cenário. Só foi possível notar mudanças concretas nos índices de MI, quando se compreendeu a situação da criança e foram feitos investimentos em políticas públicas mais abrangentes, envolvendo inclusive as variáveis socioeconômicas¹.

Embora se observe a expressiva redução da MI no Brasil, 16 mortes por 1000 nascidos vivos em 2011, alcançando uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)², grandes problemas permaneceram, como a alta mortalidade no período neonatal, ocasionadas por complicações perinatais e prematuridade, bem como a possibilidade de redução de 60% dessas mortes por ações sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS)^{1,3,4}. E ainda, o agravante à saúde da criança relacionada às morbidades e hospitalizações evitáveis, demonstrando fragilidade nos serviços de APS em países em desenvolvimento, como o Brasil⁵.

A APS refere-se a um conjunto de propostas assistenciais distribuídas equitativamente à população, com vistas a resolver problemas comuns pela oferta de ações preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. Para sua efetivação, é fundamental a completude de forma articulada de atributos essenciais, a saber: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação⁶.

O atributo da coordenação, contexto deste estudo, busca garantir continuidade de atenção à saúde, por reconhecer problemas que necessitam ser acompanhados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)³. Possibilita a disponibilização de informações sobre problemas que afligem as pessoas, e também as tecnologias relacionadas para a atenção exigida^{6,7}. Para tanto, é preciso que existam mecanismos de comunicação efetivos entre os diversos pontos de atenção^{3,6,7}, associados ao acesso aos serviços necessários para a resolução dos problemas de saúde e ao princípio do cuidado integral como organizador do sistema de atenção à saúde, contemplando elementos essenciais para cuidar, quais sejam: a) movimento, construção do cuidado pelo viver; b) interação, estabelecer relações; c) alteridade, construção e reconstrução da identidade a partir da família e por interações sociais; d) plasticidade, o transformar; e) projeto, criador do cuidado; f) desejo, faz emergir projetos de ações pela livre escolha au-

mentando o interesse e necessidade por práticas de saúde; g) temporalidade, modo de ser cuidado; h) não-causalidade, formação humana através de aspectos cognitivos do tipo causa-efeito; i) responsabilidade, autocompreensão e construção formativa do ser humano⁸.

Pautados nessas considerações, apresenta-se como objetivo deste artigo identificar o atributo coordenação na APS, na visão de pais/cuidadores, para a resolução dos problemas de saúde de crianças menores de um ano, atendidas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em um município sul brasileiro.

Método

Pesquisa de abordagem qualitativa pautada no referencial metodológico da hermenêutica-dialética. A hermenêutica refere-se à interpretação e significação de conceitos, o entender compreensivo estimulado pelo interesse prático de grupos sociais^{9,10}. Uma experiência sólida de interações e não se limita a uma repetição lógica tradicional do pensar, busca ampliar o pensamento pela compreensão e interpretação¹¹.

Este estudo é um recorte de dissertação de mestrado, construída com base no projeto bicêntrico denominado “Caracterização de crianças menores de cinco anos atendidas em unidades de pronto atendimento de dois municípios do sul do Brasil”, financiado pelo CNPq. Desse modo, os sujeitos foram selecionados a partir da amostra do referido projeto, constituída por 642 crianças atendidas nas UPA de Cascavel, PR, em 2010. Dentre esse total, foram selecionadas 16 famílias de crianças menores de um ano e distribuídas ao longo do ano de 2010. A busca de dados ocorreu no primeiro semestre de 2012, tendo início nos setores de arquivo das UPA, com o propósito de caracterizar clinicamente as crianças. Em seguida, nas residências dos sujeitos, para responder o objeto principal da pesquisa, a resolutividade na atenção à saúde da criança, mediante o seguimento do atributo coordenação da APS. Contatavam-se as famílias e identificava-se o interesse em participar da pesquisa e, a partir do aceite, a entrevista era agendada em seu próprio domicílio, as quais residiam na área urbana do município. Para esta etapa, utilizaram-se três técnicas de coleta, inquérito domiciliar, Mapas Falantes (MF) e entrevista semiestruturada.

O encerramento das entrevistas ocorreu no momento em que os dados geraram constructo, reunindo argumentos para a compreensão lógica

dos acontecimentos, respondendo ao objetivo do estudo¹⁰.

Os resultados estruturaram-se pela análise temática edificada por um mapa horizontal, e, após leituras repetidas, chegaram-se às estruturas de relevância e à categorização temática¹². A análise ancorou-se nos referenciais do atributo coordenação na APS⁶ e elementos do cuidado integral⁸.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, atendendo a resolução 466/2012¹³, do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa, envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os fragmentos das entrevistas foram apresentados no texto pela letra S (sujeito), seguido de número ordinal 1 ao 16, garantindo o anonimato dos participantes.

Resultados

Identificou-se como categoria temática central: repercussões da frágil coordenação na Atenção Primária à Saúde da criança, na qual foram contemplados os seguintes temas: divergências na organização do atendimento entre unidades de saúde; barreiras funcionais e morosidade dificultando o acesso às tecnologias para atenção à saúde; ausência de comunicação efetiva; ausência de transporte sanitário; busca por atenção à saúde individual; coordenação envolvendo gestão da atenção à saúde.

Repercussões da frágil coordenação na Atenção Primária à Saúde da criança

Compreendeu-se como uma das fragilidades da coordenação da APS o obstáculo às portas de entrada aos serviços de APS apontado pelos sujeitos, representado pelas dificuldades nos agendamentos de consultas médicas, pois cada serviço organiza sua dinâmica diária segundo suas necessidades, emergindo divergências na organização entre unidades de saúde e não padronização ou protocolo de atendimento.

No posto do bairro é bem difícil conseguir vaga. [...] o médico está de férias. [...] são duas áreas [Unidade de Saúde da Família (USF)], [...] a outra área o médico não pode nos atender. Então a gente sempre tem que estar procurando outro posto ou ir ao PAC [Posto de Atendimento Continuado]. No posto do bairro mais próximo, a gente vai na segunda-feira de manhã e marca para semana toda [...] (S6).

Tem que ir de madrugada. Esperar na fila, tipo umas cinco e pouco, se você for mais tarde, você não pega mais ficha. [...] tem que ir na fila todos os dias, nunca consulta no mesmo dia, sempre é marcado para o outro dia [...] (S10).

Serviços que têm a APS como coordenadora da atenção à saúde têm capacidade de identificar e resolver problemas, sendo considerados como portas preferenciais ao sistema de saúde e ordenadoras de cuidados, garantindo integralidade e resolutividade às famílias. Contudo, para realidade posta, as UPA foram consideradas prioritárias na busca por atenção às crianças, ilustrada na Figura 1. Os fluxos e itinerários complicados para as famílias, ao permanecerem em filas intermináveis e o atendimento pouco atencioso por parte de profissionais de saúde despreparados, demonstrou a inexistência de coordenação e, conseqüentemente, não resolutividade na atenção à saúde da criança.

[...] se eu for pegar [ficha] para três filhos, eu tenho que levar mais duas pessoas juntas comigo, por que eles [receptionistas] não me deixam pegar ficha para os três. [...] ou eu tenho que ir para o final da fila. [...] eu que sofro com isso, porque eu tenho cinco filhos [...] (S12).

Referente às consultas de retorno, determinados serviços organizam-se para que as famílias não precisem enfrentar todo o processo novamente, no entanto, outros impõem empecilhos.

[...] a médica mesmo já deixa agendado. [...] a gente chega com o exame e já é atendido [...] (S4).

Tem que fazer tudo de volta [...]. Toda a mesma correria, ir à segunda agendar (S6).

Depois de agendado as consultas médicas, o tempo de espera até o atendimento também foi desigual entre as unidades.

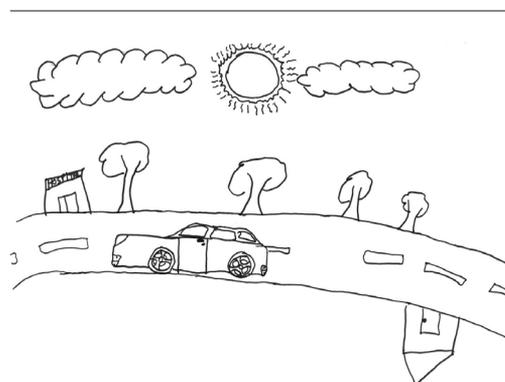


Figura 1. Mapa Falante produzido pelo S8, Cascavel, PR, 2012.

Tem vezes que demora uma hora, duas horas, depende muito (S8).

No posto do bairro próximo [...] foi rapidinho, não levou 15 minutos [...] (S10).

Os dados mostraram que o acesso aos serviços de saúde envolve o abandono de barreiras, principalmente funcionais, as quais se relacionam na forma como os serviços se organizam, contexto do atributo coordenação. Na realidade posta, observam-se barreiras funcionais e morosidade dificultando o acesso às tecnologias para atenção à saúde.

[...] o pediatra pediu um raios-X, tive que ir autorizar no centro e esperar, acho que cinco ou seis dias. Depois marcar aqui no hospital X e esperar ali também. Depois de fazer, esperar pra pegar o resultado. [...] acho que tem que ser mais rápido, não ficar com essa demora, indo e vindo [...] (S10).

Serviços de saúde que apresentam o atributo coordenação em toda sua extensão devem elencar em suas práticas a utilização de tecnologias, sejam, duras, leve-duras ou leves, e, diante da necessidade de tecnologias duras, como forma para contribuir na atenção à criança, estes serviços devem ser funcionais para garantir o encaminhamento de seus usuários, mediante protocolos pré-estabelecidos.

Em alguns momentos os obstáculos funcionais não impedem o acesso, mas podem dificultar a utilização do conjunto de serviços e tecnologias necessárias devido às mudanças nas dinâmicas dos serviços sem comunicar à comunidade.

[...] fui e marquei o oftalmologista, esperei por um ano, saiu minha fichinha e, ele [médico] simplesmente: 'Oh, você tem que ter um encaminhamento'. [...] no posto [...] elas [receptionistas] falaram vem aqui amanhã cedo, a gente vai ver se consegue para você [...]. Eu falei então: 'Como vocês conseguem uma consulta pra mim sem o meu encaminhamento?' Falaram [receptionistas]: 'Antes não precisava, agora só com o encaminhamento [...]' (S13).

A morosidade dos serviços prejudica o acesso e resolutividade na atenção à saúde. Serviços que têm uma coordenação efetiva, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade, reconhecem os problemas das famílias e articulam as redes de apoio e atenção para que os fluxos aconteçam de forma ágil, sem prejudicar o cuidado. Esta morosidade foi percebida pelos cuidadores.

Conseguir mesmo especialista é uma guerra, minha prima está há quatro anos na fila de espera para conseguir um psiquiatra e não conseguiu ainda [...] (S6).

[...] tomografia, a gente sabe que é caro [...] não tem condições de fazer isso daqui um ano. Dois anos para fazer um exame desse, eu acho um absurdo [...] (S4).

Frente à morosidade dos serviços, as famílias são condicionadas a realizar exames e consultas particulares, mesmo muitas vezes sem condições financeiras suficientes.

[...] os exames eu não fiz pelo posto, porque se for esperar você tem dez filhos e não saiu ainda. Demora demais, por isso a gente pagou tudo [...] (S3).

Para alcançar integralidade e resolutividade, a comunicação entre usuário e equipe de saúde é essencial. Assim, esta deve existir entre serviços da comunidade e esferas de atenção, inclusive para com as famílias que utilizam os serviços. No presente estudo, notaram-se deficiências nesta questão, uma vez que a própria equipe apresenta dúvidas referentes ao funcionamento dos serviços ao transmitir as informações, evidenciando-se ausência de comunicação efetiva.

[...] perguntei 'Tem médico?', ela [agente de saúde] falou: 'Sabe que eu não sei, vou te ligar'. Essa ligação nunca aparece [...]. Agora eu perguntei quando o médico voltaria [...], até agora ninguém me ligou [...]. Eu tenho que ir lá, perguntar, saber, se virar [...] (S6).

Inclusive deficiências relativas à informação da dinâmica de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), causando entraves na atenção à saúde das crianças.

Elas [profissionais de saúde] não me falaram. Coletei, depois de dias, peguei o resultado e levei pra médica. Quando cheguei ao posto de saúde, [...] ela [receptionista] falou assim: 'Não falaram nada que já vinha direto pela internet [...]' (S12).

Não somente às condições agudas apontadas anteriormente, mas a falta de comunicação e informação também esteve presente para ações de promoção da saúde e continuidade do cuidado.

[...] eu não sabia que tinha que entrar com o pedido de laqueadura no começo [gestação] [...], achei que podia fazer isso nos últimos dias. O médico nunca falou isso pra mim [...] [cuidadora mãe de cinco filhos e gostaria de ter feito laqueadura] (S12).

Ainda, garantir cuidado integral às famílias e seus segmentos implica em compromisso dos serviços de saúde em prestar atendimentos eficientes e contínuos, podendo ir além do serviço de APS. A atenção à saúde não se faz apenas dentro de unidades de saúde, mas inclusive em momentos de encaminhamentos para consultas especializadas ou realização de exames. Para tanto, é essencial que os serviços disponham de

transportes adequados que garantam o atendimento integral e segurança às pessoas. A presença do transporte sanitário a que referimos não foi efetiva segundo os cuidadores.

[...] *ontem uma mãe chegou [UBS] com uma criança que, acho que caiu de bicicleta, [...] mandaram levar ao PAC ou ao postinho de saúde do bairro vizinho. Ela [mãe] não tinha como ir. Estava desesperada e teve que se virar. A criança estava sangrando e ela estava com um bebezinho pequenininho no colo e, mesmo assim* (S16).

Muito embora não realizem o atendimento necessário à criança, inúmeros serviços não se responsabilizam e abandonam as famílias no adoecer dos filhos, solicitando-lhes que procurem atenção em outros serviços, sem qualquer apoio através do sistema de referências, desse modo, ocorrendo uma busca por atenção à saúde individual.

Falaram para ir ao PAC [UPA], mas não deram encaminhamento, nunca deram (S15).

Contemplando o atributo coordenação, mesmo impedidos de dispor consultas médicas, os serviços de saúde podem acolher e responsabilizar-se por seus usuários. Em situações que não existam alternativas a não ser consulta médica, estes podem referenciar seus usuários a serviços de urgência e emergência, mediante um sistema de referência e contrarreferência e transporte seguro. Esta concepção, contrapondo-se a anterior, emergiu timidamente nas entrevistas.

[...] *eles [profissionais] dão um papel, um encaminhamento, e quando a gente chega ao PAC, já está avisado que a gente já tinha passado ali [UBS] e não tinha médico [...]* (S2).

Compreende-se que um serviço de saúde organizado, com vistas a garantir longitudinalidade e continuidade no cuidado, não envolve apenas a participação de quem cuida, mas de todos que pensam e fazem saúde. Essa compreensão de saúde ampliada emergiu entre as falas, pois ao indagarem a necessidade dos profissionais de saúde perceberem as crianças como seres humanos, a contribuição de quem planeja e organiza as políticas e planos de ações em saúde, também foi evidenciada. Emergindo que, para a APS ser coordenadora da atenção à saúde, precisa reconhecer as necessidades de saúde em outros serviços de saúde e integrar as ações realizadas nesses serviços ao cuidado dos usuários adscritos à unidade de saúde. Assim, faz-se necessário compreender que a coordenação envolve gestão da atenção à saúde, para que ocorra a resolutividade da atenção à saúde da criança na APS.

[...] *quando uma mãe entra em uma unidade de saúde, para todos lembrarem que tem uma*

criança ali, uma vida, um ser humano que precisa de ajuda, mas minha reclamação é mais direcionada a prefeitura e não ao atendimento [leve sorriso] (S15).

Discussão

As famílias desta realidade apresentaram-se insatisfeitas com a atenção recebida e, por não alcançar resolutividade, buscaram por atenção em serviços de urgência e emergência, impedindo a integralidade e longitudinalidade do cuidado, contribuindo para o modelo reducionista focado na medicalização e na figura do médico.

A satisfação e felicidade das pessoas representam a forma como os sujeitos esperam que profissionais de saúde desempenhem suas capacidades e como disponibilizam as tecnologias em prol da resolutividade na saúde¹⁴. Todavia, a grande dificuldade apresentada cotidianamente refere-se à transformação do atual modelo hegemônico de saúde centrado no olhar biológico encontrado na conversão dos processos de trabalho e participação dos profissionais nos sistemas de saúde¹⁵.

Observam-se no contexto do sistema de saúde vigente diferentes unidades de saúde produzindo resultados divergentes, embora contenham a mesma quantidade de recursos humanos e financeiros. O resultado é definido de acordo como se articulam esses recursos^{7,15}. Essas divergências aconteceram neste estudo, dentre as quais: agendamento de consultas e retornos; itinerários para exames simples e complexos; tempo de espera para consultas; entre outros.

As famílias precisam ser acolhidas para que não se sintam desamparadas no adoecer dos filhos. Logo, a forma como os arranjos tecnológicos têm configurado a realidade dos serviços de saúde, acabam por dispensar o contexto de clínica ampliada, separando o momento assistencial à criança com suas consequências e desarranjos sociais¹⁴.

O acolhimento é o ponto-chave para organizar as portas de entrada aos serviços de saúde, uma vez que busca integrar demandas espontâneas e ações programáticas, embasadas nos determinantes sociais e arranjos tecnológicos^{7,16}, sem deixar que estes últimos configurem-se no eixo central para cuidar^{14,16,17}.

A proposta a que nos referimos envolve a organização do sistema de saúde em redes de atenção, tendo seus serviços coordenados pela APS, em que as RAS se constroem interdisciplinarmente, articulando as relações entre populações dis-

tribuídas por riscos, focos de assistência ou ações sanitárias, definidas pela visão integral de saúde, por situações demográficas ou epidemiológicas, por determinantes sociais em determinado tempo e sociedade^{17,18}. Assim, famílias inseridas em serviços de saúde, organizados pelas RAS, possivelmente encontrarão felicidade e resolutividade.

Com base nos elementos do cuidado integral em saúde, tais evidências indicam plasticidade, ou seja, transformação nas organizações de saúde e processos de trabalho, bem como alteridade, interação e movimento na construção do cuidado à criança⁸. O pensamento de cuidado aparece na tentativa de reedificar a saúde, uma vez que esta foi desconfigurada por ações fragmentadas e individualizadas ao longo do tempo¹⁴.

Nesse sentido, o acolhimento será compreendido como instrumento para cuidar, contribuindo para reorganizar os processos de trabalho e ampliar a resolutividade¹⁹. Somado ao acolhimento, tem-se a integralidade¹⁶ como alicerce para consolidar o esforço para ações equitativas praticáveis pelos serviços de saúde.

Constatou-se nesta pesquisa que os serviços de APS têm uma coordenação frágil que repercute na resolutividade da atenção à saúde da criança, demonstrada por inúmeras barreiras funcionais que impedem o acesso das famílias aos serviços de saúde. Tais serviços abarcaram inclusive o arsenal de tecnologias e, segundo a literatura, as tecnologias representam importantes coadjuvantes para cuidar e resolver problemas na APS¹⁹. Neste estudo, as tecnologias destacadas foram: exames de baixa e alta complexidade, consultas especializadas, ausência de acolhimento e conhecimento técnico-científico do profissional.

A disponibilização somente de tecnologias duras²⁰ impede que famílias alcancem a resolutividade aos problemas de saúde das crianças, pois se o profissional médico, por exemplo, conseguir desenvolver a clínica adequada, os demais membros da equipe interdisciplinar poderiam acolher; escutar; encaminhar e, muitos problemas seriam resolvidos pela APS.

A falta de coordenação reverteu a não resolutividade e fez com que famílias, embora desprovidas de condições financeiras, onerarem-se ao buscarem atenção em serviços de saúde suplementar, independente, do tipo de tecnologia que necessitavam²⁰.

Para tanto, o foco para atenção deve ser a família e a comunidade, mediante a proposta de promover a inter-relação entre os serviços^{3,6,7,16}, incluindo os determinantes sociais, neste caso, a condição social para viver ou trabalhar¹⁷. Para a

inter-relação ser suscitada é preciso comunicação, devendo acontecer entre profissionais, setores e usuários. Comunicar não se restringe a transmitir e receber mensagens, envolve o convívio entre pessoas, relação, vínculo e longitudinalidade^{6,16,21}. Sua ausência entre profissionais, serviços e famílias, demonstrou que os serviços de APS desta realidade encontram-se fragilizados em relação à coordenação, acrescidos da deficiência na longitudinalidade, que envolve vinculação à população em um ambiente de confiança ao longo do tempo²².

Muito embora se tenha serviços de APS vulneráveis e pouco resolutivos, a carência referente à coordenação foi além dessas concepções, pois frente à necessidade de encaminhamentos, um transporte seguro e público não foi ofertado, uma vez que, situações graves foram descritas na pesquisa. Assim, diante dos relatos, evidenciou-se a ausência de comunicação e falta de transporte sanitário, ambos essenciais para a segurança e continuidade do cuidado³.

Não menos importante, a falta de referência e contrarreferência demonstrou também a ausência de articulação entre os serviços, uma das funções da coordenação que contribui para a não resolutividade^{17,18}. Em razão à ineficiência dos serviços relacionado a esta temática, as famílias na tentativa de resolver problemas buscaram individualmente atenção à saúde em serviços de urgência e emergência, gerando uma demanda colossal para esses serviços e insatisfação pelo atendimento recebido.

Segundo a literatura⁶, sistemas de transporte sanitário e processos de referência e contrarreferência elencam privação de projeto, movimento e interação dos serviços de saúde pública em evidência.

Por fim, a temática gestão na atenção à saúde permitiu evidenciar a forte aproximação do pensar e fazer saúde por meio de práticas inovadoras, políticas de trabalho e cuidado coletivo²³. Posto que, não é suficiente a presença de profissionais engajados em ações individuais em busca do êxito técnico sem desejo, projeto, plasticidade, movimento e interação de gestores de saúde, tampouco, modelos de atenção expressivos sem plasticidade, movimento, alteridade, interação, temporalidade, responsabilidade e não causalidade no cuidado^{8,14}.

A concretude desses elementos para pensar e fazer saúde expressa potencialmente o sucesso prático nas ações em saúde e permite o abandono do modelo biomédico, possibilitando identificar a coordenação na APS e a magnitude dos serviços

na obtenção de resolutividade na atenção à saúde da criança¹⁴.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa demonstraram a fragilidade em que se encontra a coordenação na APS, repercutindo em não resolutividade na atenção à saúde da criança na percepção de pais/cuidadores.

A coordenação abarca a articulação entre serviços e práticas de saúde, voltadas a atender uma diversidade de objetivos comuns à comunidade. A APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe em diversos pontos de atenção. Assim, é essencial a comunicação, bem como o acesso às tecnologias, sistemas de referência e

contrarreferência e transporte seguro, com vistas a organizar os serviços para que não desamparem as famílias no adoecer dos filhos.

Deste modo, o caminho sugerido é a implantação, consolidação e ampliação da ESF tendo como alicerce as RAS. Esta proposta enfatiza que ações na APS reduzem a procura por serviços de urgência e emergência, ao mesmo tempo, direciona a amplitude da resolutividade nesses serviços.

Ressalta-se que a presente pesquisa refere-se à percepção dos cuidadores de crianças menores de um ano frente à atenção à saúde do filho nos serviços e APS. Para tanto, esse aspecto pode ser limitador para a compreensão da complexidade do tema. Devendo ser ampliado o estudo e por meio de triangulação de dados, apreender o mesmo enfoque nas visões de profissionais e gestores dos serviços de saúde.

Colaboradores

RMM Silva e CS Viera participaram da: a) concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo e sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada; BRGO Toso, ET Neves e RA Silva-Sobrinho participaram da: b) redação do artigo e sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. 2ª ed. Brasília: MS; 2009.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). *Committing to child survival: a promise renewed*. New York: Unicef; 2012.
3. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2012.
4. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias TAF, Ferrari LL, Mesas AE. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(3):907-916.
5. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):268-277.
6. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.
7. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):2033-2046.
8. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2003/2004; 8(14):73-92.
9. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):549-560.
10. Streubert HJ, Carpenter DR. Phenomenology as method. In: Streubert HJ, Carpenter DR, editors. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2011. p. 72-95.
11. Gadamer H. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
14. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc* 2009; 18(Supl. 2):11-23.
15. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2007. p. 837-868.
16. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):286-298.
17. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MC. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panamericana de Salud Publica* 2007; 21(2):164-176.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Institui as Redes de Atenção a Saúde (RAS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
19. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panamericana de Salud Publica* 2011; 29(2):84-95.
20. Merhy EE. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde*. [on-line]. 2007. [15 telas]. [acessado 2012 ago 24]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>
21. Araújo TCCF. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arq Bras Psicol* 2009; 61(2):1-13.
22. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2010; 26(6):1187-1193.
23. Carácio FCC, Conterno LO, Oliveira MAC, Oliveira ACH, Marin MJS, Bracciali LAD. A experiência de uma instituição pública na formação o profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):2133-2142.

Apresentado em 07/03/2014

Aprovado em 01/11/2014

Versão final apresentada em 04/10/2014