

Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária

Access to child's health care in primary care services
Acceso al cuidado de la salud del niño en servicios de atención primaria

Rosane Meire Munhak da Silva¹, Cláudia Silveira Viera¹

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde. Cascavel-PR, Brasil.

Submissão: 21-03-2013 **Aprovação:** 20-08-2014

RESUMO

Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa com base no referencial metodológico da hermenêutica dialética, com o objetivo de identificar o atributo acesso da atenção primária para a resolução dos problemas de saúde de crianças menores de um ano a partir dos relatos de pais e cuidadores. Envolveram-se 16 cuidadores de crianças atendidas em unidades de pronto atendimento de Cascavel-PR, em 2010. Foram reconhecidas quatro categorias temáticas: *Aconselhamento familiar ao buscar atenção à saúde da criança; Ausência de acolhimento ao primeiro contato; Presença de classificação de risco para atenção à saúde da criança; Barreiras que impedem o acesso à atenção à saúde.* Concluiu-se que as famílias exibiram dificuldades para alcançar resolutividade aos problemas de saúde dos filhos, mediante a falta de acesso aos serviços de atenção primária.

Descritores: Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

It was conducted a qualitative study based on the methodological framework of dialectical hermeneutics, aiming to identify the attribute access from primary care to solve the health problems of children under one year old from the reports of parents and caregivers. Sixteen caregivers of children were involved, all of them seen in the emergency units of Cascavel-PR, in 2010. Four thematic categories were recognized: *Family counselling in seeking health care for the child; Absence of reception on the first contact; Presence of risk classification to the child's health attention; Barriers that block the access to health care.* It was conclude that, families showed difficulties to reach the solution for their children's health, because of the lack of access to primary care services.

Key words: Child Health; Primary Health Care; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Llevó-se a cabo un estudio cualitativo basado en el marco metodológico de la hermenéutica dialéctica, con el objetivo de identificar el atributo de acceso a la atención primaria para resolver los problemas de salud de los niños menores de un año, a partir de los informes de los padres y cuidadores. Se involucró 16 cuidadores de niños atendidos en las unidades de emergencia de Cascavel-PR, en 2010. Cuatro categorías temáticas fueron reconocidas: *Asesoramiento de la familia en la búsqueda de atención de salud para el niño; Ausencia de acogimiento al primero contacto; Presencia de clasificación de riesgo para el cuidado de la salud del niño; Barreras que impiden el acceso a la atención sanitaria.* Se concluyó que las familias tuvieron dificultades para lograr la solución de los problemas de salud de los niños, mediante la falta de acceso a los servicios de atención primaria.

Palabras clave: Salud del Niño; Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Rosane Meire Munhak Silva E-mail: zanem2010@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Uma sociedade que apresenta um serviço sólido de Atenção Primária à Saúde (APS) aduz sistemas de saúde eficientes, qualitativos e equitativos para atender a toda população, estando dentre esta as crianças. Com essa compreensão, entende-se que os serviços de APS devem ser considerados portas prioritárias ao cuidado à saúde da criança, esgotando todas as possibilidades de atenção à saúde antes de encaminhá-las a outras esferas de atenção⁽¹⁾. Contudo, é fundamental que estas portas permaneçam abertas às famílias, para que não encontrem barreiras aos atendimentos, sejam, geográficas, financeiras, culturais, políticas, físicas, organizacionais e de linguagem⁽²⁾.

Garantir acesso a serviços de qualidade é uma das mais destacadas responsabilidades dos sistemas públicos universais de saúde, na perspectiva de viabilizar não apenas a atenção a problemas de saúde agudos e crônicos, mas também articular ações de promoção de saúde e prevenção de agravos⁽¹⁾.

Tem-se constatado no Brasil importantes transformações no fazer saúde ao longo dos anos, mediante um sistema de saúde universal, acessível e igualitário, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁻⁴⁾, traduzindo-se em expressiva redução na Mortalidade Infantil (MI). Muito embora ainda se observe que, apesar das inúmeras políticas públicas de saúde voltadas à saúde da criança, poucas ações concretas se efetivaram, predominantemente para o período neonatal, responsável por 70% das mortes precoces. Se considerarmos que mais de 60% destas mortes poderiam ter sido evitadas por ações sensíveis à APS, por meio do amplo acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivo, fica evidente que as ações em saúde não têm sido realizadas em sua plenitude⁽⁵⁻⁸⁾.

Nesse sentido, depara-se com o constante desafio em eximir barreiras que impedem o acesso das pessoas aos serviços de saúde⁽²⁾. Somado a esse desafio, ressalta-se que, pelo fato das famílias apresentarem diferentes necessidades, as equipes de trabalho em saúde devem tomar consciência da responsabilidade na construção de redes de apoio social, a fim de estruturá-las de forma equitativa para garantir possibilidades de acolher e cuidar de seus seguimentos e construir o coletivo⁽¹⁾.

A partir desses contextos, o objetivo deste estudo foi o de reconhecer o atributo acesso da APS para a resolução dos problemas de saúde apresentados por crianças menores de um ano no município de Cascavel-PR, a partir dos relatos de pais e cuidadores.

REVISÃO DA LITERATURA

A criança é um sujeito cujo processo saúde-doença é determinado socialmente, ou seja, a criança pertence a um grupo social representado por sua família e suas condições de vida interferem em seu perfil epidemiológico⁽⁹⁾. Essa compreensão, ao longo dos anos, não fazia parte das políticas sociais, assim como o Estado não se responsabilizava pela saúde infantil.

Nessa perspectiva, as autoridades públicas passavam para as famílias a responsabilidade moral e econômica com cuidados medicalizados para a criança, eximindo-se de responsabilidades para promover, prevenir, curar e cuidar da saúde das

crianças em todo mundo. A família era um instrumento nas mãos do governo, pois representava um sujeito de necessidades, consciente do que queria, mas inconsciente na forma de querer⁽⁴⁾, quadro que se repetia no Brasil.

Passaram-se longos anos para que essa situação começasse a ter mudanças, em nosso país isso veio a ocorrer mediante a Constituição de 1988, que delineou em suas diretrizes o acesso universal ao sistema de saúde, considerando que saúde é direito de todos e, dever do Estado proporcionar condições para sua plenitude⁽³⁾. Nesse sentido, possibilitou a reformulação dos serviços de saúde na busca de ações de abordagem coletiva e preventiva, em desdémio às ações individuais e curativas, caracterizadas pela medicalização contemporânea. E como pano de fundo, a APS se desenhou como caminho de atenção preferencial para o acesso aos serviços de saúde⁽¹⁾.

Pode-se definir a APS como um inextricável conjunto de propostas assistenciais divididas de forma equitativa a toda população, com vistas a resolver uma diversidade de problemas comuns, por meio da oferta de ações preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. Para a construção dessas ações, é preciso apresentar como base a extensão e o seguimento de atributos essenciais, a saber, atenção ao primeiro contato (acesso); longitudinalidade, integralidade e coordenação. No entanto, para sua efetivação em saúde, é fundamental que tais atributos permaneçam articulados, somados inclusive aos demais atributos complementares, família, comunidade e cultura⁽²⁾.

A atenção ao primeiro contato, contexto desse estudo, relaciona-se ao acesso ao serviço e sua utilização; ou seja, sua unidade estrutural versus sua unidade processual, independente do problema de saúde que afeta as pessoas ou do número de vezes que procura os serviços⁽²⁾. Em outras palavras, significa a acessibilidade e a utilização de um conjunto de serviços diante de cada novo problema ou novo episódio que faz com que a população busque atenção à saúde⁽¹⁾.

Ações em saúde na APS com estas dimensões denota um contexto amplo de saúde, carregadas pelo cuidado integral, mediante o seguimento de elementos essenciais para cuidar, como: movimento, interação, alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade⁽¹⁰⁾.

A APS é o ponto de atenção no sistema de saúde que oferece a entrada a esse sistema para as novas necessidades e problemas, proporcionando atenção sobre a pessoa e sua família no decorrer do tempo e em todas as condições. Assim, solidificar o acesso ao conjunto de ações e serviços de saúde na APS envolve o desmonte de barreiras que dificultam ou impedem esse acesso⁽²⁾.

Com a implantação, em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), este atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), permitiu-se maior aproximação dos serviços de saúde com as famílias e a comunidade, buscando reorganizar e reestruturar estes serviços pela transformação do modelo hegemônico centrado na medicalização para um modelo focado na promoção da saúde e na participação comunitária⁽¹⁾. Por meio destas ações, a expectativa para o acesso integral à saúde das crianças no Brasil começou a ser potencializado, assim como essa estratégia foi assumida pelo governo como meio de fortalecer a APS.

No período transcorrido desde a implantação da ESF, políticas voltadas à saúde da criança foram sendo criadas. Em junho de 2011 foi lançada pelo MS a Rede Cegonha, a qual envolve uma rede de cuidados com vistas a garantir o acesso seguro e com qualidade na atenção à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir a criança acesso, segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento⁽¹¹⁾. Esta ação governamental é parte da política da Rede de Atenção à Saúde (RAS) criada pela Portaria Ministerial nº 4.279/2010, que visa superar o sistema de saúde fragmentado vigente; a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada; incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica para promover a resolutividade nas redes de atenção⁽¹²⁾. Vislumbra-se então que, as políticas de saúde da criança têm prioridade na atual conjuntura do sistema de saúde do país.

As RAS devem ser resolutivas, ou seja, solucionar 85% de problemas comuns à saúde, proporcionar acesso, ser coordenadoras de fluxos e contra fluxos, instrumentos e informações nas redes, ser responsável pela saúde dos usuários adscritos nas redes e equipes de APS⁽¹⁾. Para iniciar a operacionalização das RAS, em 2012 a Secretaria Estadual do Paraná implantou no estado a Rede Mãe Paranaense, com o objetivo de reorganizar os cuidados materno-infantis.

A construção das redes de atenção à saúde da criança e à saúde familiar estrutura-se e solidifica-se por meio de um conjunto de elementos tecnocientíficos e subjetivos, os quais direcionam as ações para o cuidado com as pessoas. Esta forma de cuidar deve ser iniciada no âmbito familiar, mas ao mesmo tempo, ser consolidada por ações nos serviços públicos de saúde, estipulando como porta de entrada para as ações acessíveis e resolutivas, a APS⁽¹⁻²⁾.

A compreensão de que precisamos refere-se à soma de esforços para ofertar às crianças acesso universal aos serviços de saúde, bem como a construção de metodologias para alcançar tais objetivos. Entre essas metodologias pode-se elencar o acolhimento como uma ferramenta essencial em prol a esse olhar para com a criança, e, a classificação de risco, a qual dinamiza o processo de cuidado e garante acesso e resolutividade à saúde da criança.

METODOLOGIA

Utilizou-se nesta pesquisa a abordagem qualitativa, com base no referencial metodológico da hermenêutica-dialética. O referencial da hermenêutica envolve a compreensão, interpretação e significação dos fenômenos. Abarca ainda, a estrutura de horizonte, em que o conteúdo é singular e apreendido a partir do todo de um contexto, por um movimento de ir e vir entre as partes e o todo⁽¹³⁾. Enquanto que a dialética apresenta-se na contraposição de ideias por meio do diálogo, como proposta de argumentação dos contextos de acesso no processo de adoecimento infantil.

A população para o estudo se compôs de famílias de crianças menores de um ano atendidas em Unidades de Pronto

Atendimento (UPA) de Cascavel-PR no ano de 2010, dentre estas, 16 participaram da pesquisa. A seleção dos sujeitos aconteceu de maneira aleatória a partir da amostra sistemática do banco de dados do projeto bicêntrico desenvolvido pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná e pela Universidade Federal de Santa Maria.

Buscou-se contemplar famílias das quatro regiões geográficas em que o município está dividido, quais sejam: Norte, Sul, Leste e Oeste. E ainda buscaram-se crianças que foram atendidas ao longo de todo o ano na UPA, obtendo-se uma distribuição sazonal heterogênea dos atendimentos. Considerou-se como critérios de inclusão: cuidadores residentes na área urbana do município; possibilidade de contato telefônico prévio; cuidadores de crianças menores de um ano.

O município de Cascavel, cenário desta pesquisa, em 2013 ofertava os seguintes serviços à população para atendimento à saúde: 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 13 equipes de saúde da família (em todas as modalidades); um hospital geral público. Para o atendimento de urgência e emergência, disponibilizava de dois Postos de Atendimento Continuado (PAC), conhecidos nacionalmente por UPA, os quais atendiam, além da população geral, crianças na faixa etária de zero a treze anos incompletos. A média de atendimento é de 40.000 crianças/ano por unidade, 3.000/mês e de 100/dia. Com base nesses dados, emergiu a necessidade de entender o porquê da procura das famílias pelo atendimento nas UPA, visto que, em sua maioria, os problemas de saúde infantil são evitáveis e de resolução em 85% na APS.

A coleta de dados teve início nos setores de arquivo das UPA e, seguiu nas residências das famílias, compreendendo o período de março a maio de 2012. Ressalta-se que, a busca pelos sujeitos encerrou-se mediante o alcance dos objetivos propostos, ou seja, a partir do momento que estes geraram constructos as questões iniciais, entendeu-se que a coleta estava finalizada. Por tratar-se de pesquisa de abordagem qualitativa, a totalidade das entrevistas não foi considerada essencial para a proposta metodológica, mas fez parte da prática compreensiva da pesquisa⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados foi dividida em três fases, na seguinte ordem: inquérito domiciliar, Mapas Falantes (MF) e entrevista semiestruturada. Os MF representaram as ferramentas de reconstrução dos caminhos percorridos pelos cuidadores em busca de atenção à saúde da criança, criando um momento de interação durante as entrevistas⁽¹⁵⁾.

O referencial teórico para análise envolveu o atributo acesso da APS⁽²⁾ somado ao referencial do cuidado integral, delineados pelos elementos para cuidar⁽¹⁰⁾. O conteúdo para análise foi obtido pelo ordenamento das entrevistas, da leitura interpretativa, da compreensão ampla dos dados, para finalmente descrever-se temas e subtemas para discussão⁽¹³⁾, a saber: *Aconselhamento familiar ao buscar atenção à saúde da criança; Ausência de acolhimento ao primeiro contato; Presença de classificação de risco para atenção à saúde da criança; Barreiras que impedem o acesso à atenção à saúde.*

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob o Parecer nº 495/2010, atendendo as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Aconselhamento familiar ao buscar atenção à saúde da criança

Muitas mães se consideram despreparadas no adoecer do filho, para tanto, ao buscar atenção à criança, o aconselhamento familiar torna-se bastante valorizado. Contudo, em determinadas situações, a decisão tomada mediante este aconselhamento não representa o cuidado preferencial para à saúde da criança naquele momento.

[...] como é minha primeira filha, a gente fica desesperada sem saber o que fazer, eu acabei ligando para minha mãe e ela me disse para ir direto ao hospital [refere-se a UPA]. (sujeito 1)

Dessa forma, ao buscar o cuidado, as famílias partem para uma porta não prioritária aos serviços de saúde, conduzindo-se diretamente a serviços de urgência e emergência.

A Figura 1 a seguir representa como ocorreu a busca por atenção à saúde de uma criança no momento do adoecer.

Figura 1 – MF construído pelo sujeito 12 representando a busca por ajuda familiar, em seguida, em serviços de pronto atendimento



Ausência de acolhimento ao primeiro contato

Acolher as pessoas que necessitam significa prestar um atendimento de forma educada, humanizada, ética e resolutiva. Na presente pesquisa houve um cuidador que relatou sentir-se acolhido pelo serviço de APS.

Ah, eu não tenho que reclamar não, elas [receptionistas e enfermeiras] são bem educadas, eu não tenho do que reclamar. (sujeito 15)

Embora tenha se observado serviços que acolham seus usuários, pode-se perceber neste estudo a excedência de serviços que deixam de acolher as crianças e suas famílias no adoecimento.

Eles [profissionais de saúde] atendem assim bem, não é 100%, do jeito que você gostaria. Ficam lá muito de papo, conversando, às vezes você está ali no balcão um tempão esperando. [...] se você chegou ali no balcão é porque

precisa de alguma coisa. Elas estão lá dentro de papo, conversando, dando risada, e, você fica ali, esperando, terminarem o assunto para daí vir te atender. (sujeito 6)

[...] outro dia minha mãe marcou consulta, foi, estava chorando. [...] chegou e deu o papelzinho [...] no papel estava a hora que foi marcada a consulta. Ela [mãe] chegou aqui em casa chorando, eu perguntei o que aconteceu, ela disse: "Fui ao posto, fiquei até agora esperando [...]". Ficou esperando e ninguém a atendeu, porque olharam para ela [...] e perguntaram o que ela estava esperando. Eu chego [UBS] e já vou falando, mas como ela, [...] não sabe ler, o rapaz falou que a consulta era pra tal hora, ela foi naquele horário [...]. Onde já se viu, deixar a pessoa esperando, porque olha e vê que é uma coitada [...]. (sujeito 7)

Salienta-se que as famílias apresentam um outro olhar para esta recepção nos serviços de saúde e compreendem a importância de serem acolhidas pela equipe interdisciplinar. Inclusive, percebem que para serem acolhidas, este atendimento não precisa resultar em consultas médicas, mas em um diálogo ou escuta, pois na concepção dos cuidadores isto seria o suficiente, muitas vezes, para resolver o problema que os afligem em relação à suas crianças.

[...] às vezes a pessoa está precisando só de conversar um pouco [...]. (sujeito 12)

[...] precisamos de atenção, principalmente porque você chega, eles [médicos] nem olham para sua cara, na cara do bebê. Vivenciei isso [fica pensativa], [...] não posso generalizar. (sujeito 13)

Presença de classificação de risco para atenção à saúde da criança

A classificação de risco é um processo que dinamiza o atendimento às pessoas que necessitam de atenção imediata. Em inúmeros momentos neste estudo emergiram a questão classificação de risco, percebida pelos cuidadores principalmente mediante a priorização de atendimento as crianças que apresentavam hipertermia.

[...] quando viram que a febre estava muito alta, elas [receptionistas] a colocaram para ser uma das primeiras a ser atendida [...]. (sujeito 1)

[...] se tiver muito ruinzinho, com muita febre vai ao pronto atendimento. (sujeito 7)

Contudo, percebeu-se a deficiência de alguns serviços em relação à temática, pois de acordo com o relato de um cuidador, mesmo no momento em que a criança apresentou dificuldades para respirar, esta não recebeu o atendimento imediato que necessitava por não estar hipertérmica.

[...] a criança tem que está muito, muito ruinzinha, às vezes, eles [profissionais da saúde] encaixam, mas eu não consigo.

[...] ela [filha] tinha dificuldade de respirar, naquele dia ela não estava com febre, mas estava tossindo, eu não consegui, me mandaram ao pronto atendimento. (sujeito 14)

Dessa forma, para alguns cuidadores a classificação de risco é deficiente, uma vez que, considera apenas o estado febril para agilizar o atendimento. Inclusive, estes cuidadores relatam que buscam atenção à saúde quando as crianças estão hipertérmicas, pois o atendimento será moroso nas demais situações em unidades de urgência e emergência, ou mesmo impedido nas UBS.

[...] a maioria é pela febre, eu não levo assim se não estiver com febre, eu vou esperar assim quantas horas, chego lá com 38 ou 38 e pouquinho eu sou atendida em 20 minutos. Mas sem febre umas duas horas ou mais. Acho deficiente essa classificação (de risco) [...]. (sujeito 16)

Ressalta-se que nos momentos em que as famílias não conseguem o atendimento procurado nas unidades de APS pelo fato da criança não apresentar hipertermia, os profissionais de saúde que as atendem sugerem que busquem serviços de pronto-atendimento. Contudo, as famílias não recebem qualquer tipo de encaminhamento, tampouco o serviço de transporte sanitário.

[...] diziam [profissionais de saúde] que eu tinha que procurar o PAC [...]. Não, nada, nada, nada de encaminhamento. [...] o transporte sempre eu fui atrás. [...] nunca, não, nunca, nada [refere-se à disponibilização do transporte sanitário]. (sujeito 16)

Barreiras que impedem o acesso à atenção à saúde

Garantir acesso aos serviços de saúde ainda representa um constante desafio ao sistema de saúde brasileiro, mesmo após a Constituição de 1988. No Brasil, é possível encontrar inúmeras barreiras para o acesso, decorrente da expressiva diversidade regional e desigualdade social.

Neste estudo evidenciaram-se barreiras geográficas e funcionais. Saliencia-se que a barreira geográfica citada teve como pano de fundo barreiras funcionais, levando a família a buscar outro serviço para melhor atendê-la. Dessa forma, ao buscar atenção à saúde da criança em outra região do município, este cuidador deparou-se com dificuldades para se locomover neste trajeto distante.

[...] você vai ali [Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro que a cuidadora reside] e nunca tem ficha, agora mesmo, já faz meses que não tem médico [...]. [...] O posto do bairro mais próximo é bem longe, é outro bairro, fica difícil ir. [...] vai a pé, são duas subidas bem fortes para ir até lá, ou você pega um ônibus e vai até o terminal, e do terminal você pega outro ônibus [...]. Faz uma volta bem grande, bem demorada, ou tem que pagar um carro para levar. (sujeito 6)

Vale ressaltar que, o serviço de APS que a família optou por não frequentar refere-se a uma USF. O argumento apresentado

relacionou-se a dificuldade para se conseguir atendimento curativo, bem como, dificuldades para o acesso aos programas de prevenção de doenças, como é o caso do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

[...] tem os horários para vacinar [...], porque às 17 horas fecha o posto [USF]. [...] conforme você vai no horário que eles estiverem atendendo, preparando as fichas para os médicos, você também não vacina. Já voltei sem fazer a vacina, porque era horário do médico [...]. (sujeito 6)

No entanto, o relato a seguir de um cuidador que frequenta uma UBS contrapõe-se ao anterior que se referia a uma USF.

[...] todas as vacinas consegui ali [UBS]. (sujeito 9)

As barreiras funcionais, relativas à organização e disponibilização dos serviços de saúde, apresentaram as maiores lacunas em relação ao atributo acesso. Na presente pesquisa, estas foram aduzidas principalmente pela forma como organizam os agendamentos de consultas, pois no momento em que as famílias procuraram, dificilmente conseguiram atendimento em serviços de APS devido aos agendamentos, necessitando buscar atenção em serviços de pronto atendimento.

[...] uma febre muito alta [...] você vai pegar ficha no dia de manhã para levar no outro dia à tarde? [...] se você está numa situação que precisa de uma emergência, vai ter que ir ao pronto atendimento [...]. (sujeito 7)

Era agendado na sexta para o resto da semana, você vai adivinhar quando a criança ficava doente [...]. (sujeito 16)

No tocante aos agravos à saúde do filho, muitos cuidadores, diante de barreiras para o acesso aos serviços públicos, procuraram serviços privados em busca de resolutividade ao problema de saúde apresentado.

[...] eu vou direto ao pronto atendimento, ou às vezes, até pago consulta para ele [filho]. Quando vejo que está muito [ruim] pago [...]. (sujeito 13)

A realização de consultas vinculadas a uma cota pré-estabelecida por profissional caracterizada por “fichas” (grifo nosso), também foi elencada pelos cuidadores como um problema para o acesso ao atendimento à saúde da criança.

[...] não tem como atender porque as agendas estão todas cheias, tem uma cota certa já. [...] toda vez que a gente vai nunca tem médico, nunca consigo. [...] tem vezes que só tem 12 fichas e já tem mais de 20 esperando, nunca dá [expressa indignação]. (sujeito 8)

Tem apenas 32 senhas para o pediatra para semana inteira. [...] imagina quantas pessoas que não tem [...] é pouca consulta. Pra gente então piorou [refere-se à consulta ginecológica]. (sujeito 9)

Somado a dinâmica de agendamentos e distribuição de cotas para consultas, outro problema evidenciado pelas famílias relacionou-se aos horários e dias de atendimento dos serviços de APS, seja para consultas imediatas ou para acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil.

Saio da minha casa e vou direto ao pronto atendimento, porque no posto de saúde é difícil ir, criança gosta de ficar doente no final de semana [risos], e no posto de saúde também tem que pegar ficha para outro dia [...]. (sujeito 8)

[...] algumas vezes eu a levei [refere-se à puericultura], algumas vezes. Nem todas [...], por causa do horário, é complicado levar [...]. (sujeito 14)

Emerge ainda nos relatos que se a criança for acompanhada pelas consultas preventivas e de promoção da saúde, o acesso à consulta médica torna-se mais simples e eficiente.

[...] pela puericultura é mais fácil conseguir a consulta, se ela [filha] tem um problema, vamos supor, eles têm conhecimento, ela [enfermeira] conversa, explica, e ela mesma encaixa. (sujeito 14)

A falta de profissionais para atendimento às crianças também foi descrito pelas famílias como um agravante ao acesso.

[...] falta mais enfermeiros, médicos. Sabe, o atendimento é ótimo, mas precisa de mais gente, em número de pessoas trabalhando. (sujeito 1)

Ressalta-se que estas barreiras que impedem ao acesso não se resumem apenas a consultas médicas, mas ao atendimento a todos profissionais da equipe multidisciplinar.

[...] tentei agora conversar com a assistente social, porque eu precisaria colocar meu filho numa creche. [...] eu nem consegui falar com ela, já fui duas vezes procurá-la e não estava. (sujeito 12)

Por fim em relação a barreiras, os cuidadores compreendem que, muitas vezes o acesso aos serviços de APS fica prejudicado devido à alta demanda de pessoas que buscam atendimento.

[...] aqui para o posto do bairro, pertencem vários bairros, são bastantes bairros, torna-se bastante gente mesmo. (sujeito 3)

[...] conseguir marcar [consulta] para ela [filha] é só com sorte [leve sorriso] que consegue. [...] porque às vezes a gente chega lá [no posto] e tem muitas crianças doentes [...]. (sujeito 15)

DISCUSSÃO

O adoecer de uma criança representa um momento difícil para a família. Não se pode considerar apenas que uma criança

está doente, mas que uma família é capaz de adoecer juntamente com a criança. Portanto, os serviços de saúde na esfera da atenção primária devem se responsabilizar de forma ampla por essa família que adoeceu e lhes garantir acesso, uma vez que, a dinâmica familiar será modificada pelo adoecer do filho. Dessa forma, ressalta-se a importância do cuidado ser inicializado na APS, pois nessa esfera de atenção, tem-se importantes ferramentas que se aliam ao cuidado para propor resolutividade e felicidade as pessoas, como a proximidade e a responsabilização com os usuários que necessitam ser cuidados^(1,16).

Para tanto, o uso de estratégias como visitas domiciliares, reuniões e grupos comunitários e a interlocução com as demais entidades da comunidade podem representar importantes caminhos para o seguimento à saúde e o atendimento a agravos à saúde da criança e de sua família⁽¹⁻²⁾.

Os serviços de APS são considerados ordenadores do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Uma vez iniciada a atenção em serviços que não caracterizam a APS, 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⁽¹⁻²⁾.

Como se evidenciou no presente estudo, no adoecer das crianças, devido à morosidade em se obter resolutividade e pela imposição de barreiras organizacionais para o atendimento, as famílias buscam serviços de pronto atendimento para resolver o problema de saúde apresentado pelo filho. Inclusive, quando estas buscam por apoio ou aconselhamento familiar, este também sugere esse itinerário, ou seja, busca por atenção à saúde em serviços de urgência e emergência.

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⁽¹⁾. 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 dispoendo de alternativas para garantir-lhes o seguimento do cuidado^(1,10).

Outro agravante descrito pelas famílias relacionou-se à falta de acolhimento nos serviços de APS. O acolhimento pode ser definido como a atenção a criança e a família de forma humanizada, responsável, ética e resolutiva. Para tanto é necessário receber, compreender, ouvir, solidarizar-se com o outro. Este atendimento não precisa perfazer uma consulta médica para resolver o problema que afeta a criança, mas em diálogo e escuta, o que resultaria na satisfação familiar^(1,17-18).

Essa forma de fazer e pensar saúde foram percebidos entre os cuidadores, pois ao relatarem que em determinados momentos as pessoas apenas precisam ser ouvidas e, o simples fato de olhar para a criança a ser cuidada, denota a percepção do ser humano além do caráter biológico, pois o reconhece como indivíduo com subjetividades e direitos, que pertence a uma família que também precisa ser cuidada. Esta percepção opõe-se ao olhar simplesmente biológico, que impõe apenas

cura, ou seja, o cuidado fragmentado, medicalizado e pouco resolutivo^(1-2,8,17). Em análise aos elementos do cuidado tem-se nesta questão a ausência do desejo, alteridade e essencialmente a falta de interação entre famílias e profissionais⁽¹⁰⁾.

Outro aspecto destacado pelas famílias, que também evidencia o reducionismo do modelo hegemônico da atenção à saúde, refere-se à classificação de risco. O reconhecimento da classificação de risco como processo que otimiza o cuidado para as crianças que necessitam prioritariamente é percebido pelas famílias. Entretanto, estas consideram que outros sinais além da hipertermia devem ser valorizados para a classificação de risco. Segundo o protocolo de atendimento das redes de atenção à urgência e emergência, a criança febril é classificada como prioridade dois (laranja), significando que a criança tem um risco potencial de perder a vida ou função de membro, devendo ser atendida no máximo em 10 minutos. Para tanto, esta deverá receber um transporte regulado através do Serviço Móvel de Atendimento ao Usuário (SAMU), com acesso imediato aos serviços de emergência devendo ser iniciado onde o usuário se apresentar⁽¹⁹⁾.

Ainda constam neste protocolo sinais e sintomas elencados aos cuidados prioritários, como: dor média a intensa, dificuldade respiratória, sangramentos, alteração de consciência, entre outros⁽¹⁹⁾. Dessa forma, verificou-se a inconsistência no atendimento a uma criança neste estudo, pois, segundo a cuidadora, a criança apresentava dificuldade respiratória e não recebeu o atendimento no serviço que procurou, no caso, um serviço de APS. A unidade encaminhou a família ao serviço de urgência, alegando não ter mais consultas disponíveis para o dia. Primeiramente, a criança deveria ter sido avaliada, pelo médico ou enfermeiro, classificado o risco e, frente à impossibilidade de resolução nesse ponto da atenção, deveria ter sido acionado o serviço de transporte sanitário ou SAMU para transportar a criança e família à UPA.

Salienta-se que, para ter acesso aos serviços de saúde, seja na APS ou no atendimento emergencial, é essencial rechaçar barreiras que dificultam ou impeçam o cuidado. O acesso universal à saúde, independente de barreiras, foi garantido a todos os cidadãos brasileiros mediante a Constituição Federal de 1988⁽³⁻⁴⁾. A partir do SUS, muitos grupos populacionais puderam receber atenção a sua saúde, no entanto, esta ação ainda não foi consolidada de forma integral. No Brasil, devido à intensa diversidade regional e desigualdade social, para muitas pessoas o acesso aos serviços de saúde está muito longe de ser alcançado. Este fato pode ser evidenciado pelos altos índices de mortes entre crianças consideradas redutíveis por ações simples desenvolvidas pela APS, chegando a uma redutibilidade de mais de 60%⁽⁵⁻⁸⁾.

No presente estudo, barreiras financeiras não foram mencionadas pelos cuidadores. Todavia, a barreira geográfica foi descrita, mas o que se torna preocupante é que esta busca por atenção em um serviço distante aconteceu pelo fato de que o serviço de sua comunidade impôs-lhe barreiras organizacionais para o acesso, de caráter preventivo e curativo. A grande problemática desta situação é que esta cuidadora reside em uma região que dispõe de uma USF. Dessa forma, o foco da ESF para fortalecer a APS deve seguir as diretrizes de atenção programática contínua, como exemplo o PNI, o que não foi

observado. Embora a unidade tenha recebido o título de ESF a transformação no processo de trabalho não aconteceu.

Relembrando a proposta matricial da ESF, sua implantação teve prioridade por consolidar os princípios do SUS, entre eles o acesso universal. Nessa forma de pensar, o acesso deveria ser facilitado em áreas com USF, por considerar entre suas perspectivas a proposta de proximidade às pessoas, reorganizando os serviços mediante ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, transformando a percepção do modelo biológico para um modelo amplo de saúde, a clínica ampliada^(1,17). Ao refletir sobre clínica ampliada não se deve considerar apenas o cenário do médico diante de uma mesa examinando uma pessoa que se encontra doente. Sua concepção deve ir além à expressão de doenças, mas expandir-se a problemas comuns as pessoas que devem ser atendidas por um grupo interdisciplinar para sua resolução⁽¹⁷⁾.

Na presente realidade pode-se observar a presença de inúmeras barreiras funcionais, dentre as quais dificultaram o cuidado as crianças, impedindo este conceito amplo de saúde e clínica⁽²⁾. Entre as barreiras, pode-se destacar: a organização dos serviços relacionados aos dias e horários de atendimento; a forma de agendamento de consultas com a equipe interdisciplinar; o número de cotas para consultas médicas; escassez de profissionais para compor a equipe interdisciplinar; e, alta demanda espontânea nas unidades de APS.

Tendo em vista que, um serviço de APS coordenado e com a proposta em dispor de atenção qualificada e resolutiva ao grupo de pessoas em condições crônicas, diminuiria consecutivamente a procura espontânea, inclusive em serviços de urgência e emergência. Uma vez que se estas pessoas fossem acompanhadas por uma equipe habilitada e responsável reduzir-se-ia expressivamente as agudizações dos problemas de saúde. Ressalta-se que, o acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil é fundamental para se evitar uma condição crônica e suas agudizações, assim, se a criança receber a atenção necessária nos momentos da puericultura, proporcionalmente a busca por consultas curativas diminuiria e esta problemática da alta demanda seria resolvida⁽¹⁾.

Uma maior flexibilidade entre dias e horários nas unidades de APS também iria favorecer a atenção às crianças, diante da necessidade das famílias contemporâneas de que seus membros se engajem no mercado de trabalho para contribuir com a renda familiar. Esta forma de organizar o serviço destacaria entre os elementos para cuidar o movimento e a plasticidade, não olhando apenas para o biológico, mas para uma amplitude de necessidades, as quais envolvem os determinantes sociais, como habitação; educação; trabalho; saneamento; lazer; segurança; entre outros^(1,10).

A disponibilização de uma equipe interdisciplinar para atendimento eficiente em tempo oportuno também deve ser considerada em serviços de APS, haja vista que as comunidades têm aumentado ao passar dos anos. Profissionais em número adequado abarca a elaboração de projetos para cuidar, os quais envolvem o trabalho da equipe interdisciplinar e de gestores em saúde⁽¹⁰⁾.

Conferiram-se ainda diante dos relatos dos cuidadores discrepâncias em relação aos agendamentos entre as unidades

de saúde, sendo que, a decisão e a forma que as consultas são agendadas dependem exclusivamente dos profissionais inseridos no cuidado. Além disso, em uma mesma unidade, a cada momento de mudança de profissionais toda dinâmica da unidade de saúde pode ser mudada sem a participação da população, representando a falta de alteridade entre os profissionais na forma de fazer saúde em prol das necessidades das pessoas⁽¹⁰⁾.

Ressalta-se que o fio condutor para grandes complicações em um modelo de saúde como o nosso, centrado no biológico e na figura do médico relaciona-se ao acesso a serviços e produtos ofertados para atender as necessidades das crianças, uma vez que estas não podem ser consideradas homogêneas. As famílias possuem interesses divergentes por terem condições particulares na garantia à existência humana, ao mesmo tempo, é fato que sobreviver e ter acesso aos recursos para garantir tal sobrevivência são necessidades intrínsecas a qualquer sociedade.

Diante dos contextos apresentados nesta discussão, destaca-se que a presença e o seguimento do atributo acesso na APS possibilitaria a certificação de resolutividade e de qualidade da atenção à saúde das crianças⁽²⁾.

CONCLUSÕES

A APS por ser considerada a porta prioritária aos serviços de saúde, não poderia impor barreiras ao acesso, contudo,

diante do cenário apresentado nesta discussão, mediante a amplitude de barreiras ao acesso principalmente organizacionais, as famílias desta realidade, optaram por inicializar o cuidado em um serviço considerado não preferencial, os serviços de urgência e emergência. Dessa forma, exibiram dificuldades em se alcançar a resolutividade aos problemas de saúde dos filhos, pela falta de continuidade ao cuidado e a não responsabilização.

Foram constatados serviços que deixam de acolher as famílias no adoecer do filho, demonstrando precariedade na execução de ações e práticas relativas a um olhar ampliado à saúde no momento de entrada aos serviços em busca de atenção à saúde.

E por fim, ressalta-se o reconhecimento por parte das famílias e dos serviços da importância da classificação de risco para otimizar o acesso imediato às crianças que necessitam prioritariamente ser atendidas. No entanto, demonstrou-se a fragilidade do serviço ao considerar apenas a hipertermia como sinal de gravidade, embora esta faça parte das prioridades elencadas pelo MS, tendo em vista que, outros sinais devem ser valorizados pelos profissionais da saúde diante de agravos à saúde das crianças. Mostrando a necessidade de uso de protocolos efetivos e que devem ser seguidos a risca, o que pode ser obtido por meio da formação continuada dos profissionais de saúde que atuam nos distintos pontos de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): OPAS; 2012 [acesso em 21 de março de 2013]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 21 de março de 2013]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
- Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(1):61-5.
- Perez JRR, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cad Pesqui [Internet]*. 2010 [acesso em 21 de março de 2013];40(140):649-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n140/a1740140.pdf>
- Boing AF, Boing AC. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2008 [acesso em 21 de março de 2013];24(2):447-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X200800200024&script=sci_arttext
- United Nations Children's Fund. Committing to child survival: a promise renewed [Internet]. New York (US): UNICEF; 2012 [cited 2013 March 21]. Available from: http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf
- 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 [Internet]*. 2010 [acesso em 21 de março de 2013];13(2):268-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200009
- Prado SRLA, Fujimori E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(4):492-6.
- Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2012 [acesso em 21 de março de 2013];20(nº. esp.1):676-80. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5969>
- Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004; 8(14):73-92.
- Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]*. 2014 [acesso em 21 de março de 2013];36(2):56-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>

12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
 13. Gadamer H. Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 9. ed. Meurer FP, tradutor. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.
 14. Streubert HJ, Carpenter DR. Phenomenology as method. In: Streubert HJ, Carpenter DR, editors. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. [S.l.]: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 72-95.
 15. Pacheco STA, Cabral IE. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 21 de março de 2013];15(2):314-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200014&script=sci_arttext
 16. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):549-60.
 17. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 [acesso em 21 de março de 2013];18(2):11-23. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/29570-34368-1-PB.pdf>
 18. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em 21 de março de 2013];25(2):349-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013
 19. Souza CCS, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 21 de março de 2013];19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf
-