

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE DE CRIANÇAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE¹

Cláudia Silveira Viera*
 Fabíula dos Santos Toso**
 Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso***
 Eliane Tatsch Neves****
 Kellen Cervo Zamberlan*****
 Maristela Salete Maraschin*****

RESUMO

Objetivou-se descrever a resolutividade na atenção à saúde de crianças menores de cinco anos em dois municípios do sul do Brasil, na percepção dos cuidadores. Participaram desta pesquisa 25 familiares de crianças atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento, em 2010. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas no domicílio das famílias. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo e os resultados apontaram que as famílias procuram as Unidades de Pronto Atendimento para a resolução imediata de seus problemas, considerando a Atenção Primária à Saúde como de baixa resolutividade, procuram um serviço de maior densidade tecnológica, para resolução dos problemas dos filhos. Na compreensão dos familiares, a resolutividade existe quando há agilidade no atendimento e desaparecimento dos sintomas apresentados pela criança. Conclui-se que o acesso ao serviço de saúde na Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família é dificultado devido à forma de organização dos serviços.

Palavras-chave: Saúde da criança. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Enfermagem pediátrica.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança deve ser compreendida como um campo prioritário nas ações para os cuidados à saúde da população. Os cuidados básicos em saúde, tais como imunização, apoio ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção das doenças prevalentes da infância contribuem para a possibilidade de desenvolver estratégias para o enfrentamento dos problemas de morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população infantil. Nesse sentido, as políticas públicas sociais e de saúde implementadas ao longo dos

anos foram promovendo ações que resultaram na redução da mortalidade infantil desde o início do século XX, cuja mortalidade era em torno de 100/1000 Nascidos Vivos (NV), chegando em 2010 ao índice de 16/1000 NV⁽¹⁾, salientando que a região Sul possuía a menor taxa do país, 11,6/1000 NV⁽²⁾. Apesar dos esforços e avanços alcançados no setor saúde, alguns indicadores de saúde da criança como, a mortalidade infantil, apontam para problemas que requerem ações, práticas e intervenções, visando mudanças significativas nesse quadro.

Embora a taxa de mortalidade infantil esteja em declínio, no Brasil, as crianças menores de cinco anos contribuem para um aumento dos índices de mortalidade e morbidade nesse grupo,

¹Resultado de trabalho monográfico do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), sendo um recorte do projeto bicêntrico "Caracterização de crianças menores de cinco anos atendidas em dois municípios do Sul do Brasil", aprovado no Edital Universal 014/2010 – CNPq.

*Enfermeira Neonatologista. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Unioeste, campus Cascavel. Professor efetivo do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) Campus Cascavel. Endereço: Rua Universitária, 2069. Bairro Jardim Universitário. Cascavel, PR. CEP: 85119110. E-mail: clausviera@gmail.com

**Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Município de Cascavel, PR. E-mail: fabitoso@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Ciências pelo programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Professor Adjunto do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) Campus Cascavel. Professor efetivo do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) Campus Cascavel. E-mail: lb.toso@certto.com.br

****Enfermeira pediátrica. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS. E-mail: elianeves03@gmail.com

*****Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS. E-mail: kellenz@hotmail.com

*****Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) Campus Cascavel. E-mail: maraschin@certto.com.br

principalmente na faixa etária menor de um ano de idade⁽³⁾. Cabe ressaltar que a maioria dos óbitos em menores de um ano, no Brasil, são devido a afecções originadas no período perinatal (61,5%) e causas mal definidas (24,4%), seguido das doenças infecciosas intestinais e parasitárias (5,7%); das respiratórias (5,4%). Na faixa etária de um a quatro anos, há um aumento do índice de causas externas (23,0%), seguidas das doenças respiratórias (17,1%) e das infecciosas e parasitárias (13,9%)⁽²⁾. Assim como, os problemas respiratórios e gastrointestinais são as principais causas de hospitalizações dessas crianças⁽³⁾.

Pontua-se, então, que as crianças menores de cinco anos estão sendo hospitalizadas ou atendidas em Pronto Socorro (PS) e Pronto Atendimento (PA) devido às doenças prevalentes na infância, que poderiam ser resolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive tendo início na atenção perinatal. Conforme o Relatório Mundial de Saúde⁽⁴⁾, a APS tem o objetivo de garantir o acesso universal à saúde para a população, com diminuição da exclusão nos atendimentos e disparidades sociais em saúde, garantindo uma maior qualidade nos serviços, sendo organizados em torno das necessidades e expectativas das pessoas, tendo como eixo norteador das ações a integralidade em todos os níveis de atenção.

No entanto, apesar de se ter diretrizes governamentais para a atenção à saúde da criança no Brasil, tais como: agenda de prioridades para saúde da criança⁽⁵⁾; atenção integral às doenças prevalentes na infância – AIDPI⁽⁶⁾; rede cegonha⁽⁷⁾, entre outras; ainda são identificadas algumas lacunas no atendimento na APS a esse grupo, como o cuidado fragmentado, centrado na patologia e reducionista, ao invés de considerar os diferentes determinantes da saúde. O atendimento é realizado conforme a demanda com ações focais, reativas sem a continuidade do cuidado ao longo do tempo e não voltado às ações proativas e aos diversos espaços em que a criança está inserida, divergindo das políticas de saúde indicadas ao grupo nessa faixa etária, contribuindo para uma menor resolutividade dos problemas de saúde dessas crianças.

Para uma mudança nesse cenário, a estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como mecanismo abrangente de

disponibilidade de APS à população, com foco no cuidado integral, na longitudinalidade, na coordenação das ações e acesso ampliado utilizando-se dos recursos de vigilância em saúde e da promoção à saúde é uma alternativa viável para o cuidado da criança nesse âmbito de atenção⁽⁸⁾.

Para compreender melhor essa lacuna no cuidado, de uma atenção que poderia ser resolutive no primeiro nível de acesso aos serviços de saúde, e que tem sido falha como mostram distintos estudos, indicando que tanto as hospitalizações predominantes⁽³⁾, quanto a procura por atenção no setor de emergência, de crianças e suas famílias, são por causas sensíveis a atenção primária⁽⁹⁾, são necessários novos estudos sobre a resolutividade da atenção primária à saúde da criança.

Considerando o modelo de atenção vigente na APS e os dados epidemiológicos apresentados, questiona-se: como ocorre a resolução dos problemas de saúde de crianças na atenção primária à saúde? Deste modo, objetivou-se descrever a resolutividade na atenção à saúde de crianças menores de cinco anos em dois municípios do sul do Brasil, na percepção dos cuidadores.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, constituindo-se em recorte da pesquisa intitulada “Caracterização das crianças menores de cinco anos atendidas nos serviços de pronto atendimento infantil de dois municípios do Sul do Brasil”, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Edital Universal 14/2010). Esta se caracteriza como estudo bicêntrico com a participação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Campus Cascavel, Paraná e a Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Rio Grande do Sul.

O município de Cascavel está localizado na região oeste do Paraná e possui uma população estimada em 286.205 habitantes⁽¹⁰⁾. O Sistema de Saúde da cidade a época da coleta de dados contava com 22 Unidades Básicas Saúde (UBS) e 10 Unidades Saúde da Família (USF), sendo duas equipes em área urbana, com cobertura de 9,0% da população e duas Unidades de Pronto Atendimento

(UPA). Neste município as UPAs tiveram em 2010 um total de 167.226 atendimentos, com média mensal de 6.968 atendimentos em cada UPA sendo que, destes, aproximadamente entre 2.300 a 3.300 atendimentos são prestados a crianças de zero a 13 anos por mês. E destas, 50 a 63% correspondem a crianças menores de cinco anos⁽¹¹⁾, faixa etária do presente estudo.

Santa Maria se localiza na região central do Estado do Rio Grande do Sul com população de aproximadamente 274.070 mil habitantes, sendo 3.138 menores de um ano⁽¹¹⁾. O sistema de saúde é composto por 32 UBS, distribuídas em seis regiões sanitárias, sendo 16 ESF, perfazendo cobertura de 21,45% da população municipal. A época da coleta de dados Santa Maria não possuía uma UPA e sim, duas unidades de pronto atendimento infantil, uma ligada ao município e a outra ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM). O pronto atendimento infantil municipal conta com pediatra de plantão 24 horas, localiza-se em um bairro próximo ao centro da cidade e atende, em média, 150 crianças por dia. O pronto atendimento infantil do HUSM denomina-se de Pronto Socorro Pediátrico, conta com pediatra 24 horas e atende em média 30 crianças/dia⁽¹²⁾.

A captação dos sujeitos ocorreu a partir do levantamento dos registros das fichas de consultas nas UPAs, visto que o objetivo do estudo bicentrico era caracterizar as crianças atendidas nesses serviços. Para compreender o porquê da procura elevada desse serviço pelos cuidadores das crianças, o estudo ora apresentado foi desenvolvido. Assim, os sujeitos desta etapa do estudo bicentrico foram familiares/cuidadores de crianças menores de cinco anos que levaram seus filhos para atendimento nos serviços de pronto-atendimento pediátricos dos referidos municípios durante o ano de 2010. Os sujeitos foram selecionados a partir do banco de dados do estudo bicentrico, constituindo-se a amostra da análise quantitativa de 1372 sujeitos, sendo 648 em Cascavel e 724 em Santa Maria. Deste total, foram selecionados os sujeitos para participar da etapa qualitativa da pesquisa, de forma aleatória. A partir dessa seleção foi feito contato telefônico com o familiar/cuidador, averiguando-se o interesse em participar da pesquisa e agendando-se uma visita

domiciliária para coleta de dados. Os critérios de exclusão foram endereço não localizado, telefone que mudou ou inexistente.

A técnica de coleta de dados foi entrevista semiestruturada, a qual é definida como um meio de coleta de dados relatados pelos entrevistados, para obtenção de informações sobre um determinado assunto. As entrevistas semiestruturadas ou semi-dirigidas, servem como um roteiro para a conversação, no qual existem algumas questões tópicos, servindo para orientar o diálogo, porém o todo da entrevista não está predeterminado⁽¹³⁾.

As entrevistas foram realizadas no domicílio das famílias, sendo norteada pela seguinte questão: “Conte-me como foi sua trajetória em busca do atendimento da criança até chegar ao pronto-atendimento?” As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, logo após a visita domiciliária, que somente tiveram início após o entrevistado ter lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, a suspensão de inclusão de novos participantes no estudo ocorreu por meio de processo contínuo de análise dos dados, que teve início no processo de coleta. Quanto ao número de participantes do estudo, o mais adequado é ir realizando as entrevistas até que o resultado obtido permita análise para uma compreensão das ideias e pensamentos expostos. Assim, foi supostamente alcançado o adensamento teórico possível, com base nos dados empíricos disponíveis e nos atributos analíticos e interpretativos dos pesquisadores⁽¹⁴⁾, dessa forma, realizou-se um total de 25 entrevistas, totalizando 15 sujeitos em Cascavel e 10 em Santa Maria. A análise dos dados do estudo bicentrico foi realizada em dois momentos: primeiro caracterizou-se a amostra total da pesquisa, por meio de análise quantitativa dos dados da pesquisa documental, sendo os resultados apresentados na forma de estatística descritiva em outro documento. No segundo momento, os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática⁽¹³⁾, ora apresentados, que segue as seguintes diretrizes: pré-análise (leitura flutuante do conjunto dos dados, constituição do corpus e reformulação de pressupostos e objetivos); exploração do material (analisar o texto sistematicamente); identificação dos eixos temáticos e aferição dos

seus respectivos núcleos de sentido, chegando-se a descrição de temas, como classificações mais amplas e a utilização de um roteiro de análise; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação conforme quadro teórico.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE sob parecer nº 011/2010 – CEP e pelo CEP da UFSM sob número de protocolo 0378.1.243.000-10. Para manter o sigilo dos participantes, os fragmentos das falas dos sujeitos entrevistados, são identificados entre parênteses pela letra E de entrevistado, seguido do número sequencial, conforme a ordem da realização das entrevistas nos dois cenários, bem como a identificação do município de origem do sujeito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das crianças, cujas famílias participaram do estudo, 40% (10) apresentavam um ano de idade, as doenças respiratórias foram responsáveis por 48% (12) dos atendimentos. A partir da análise temática emergiram as seguintes categorias de análise: a Atenção Primária à Saúde e resolutividade; e a resolutividade na percepção dos cuidadores.

A Atenção Primária à Saúde e resolutividade

Nesta categoria discute-se a resolutividade, entendida como a capacidade do serviço em atender as necessidades de saúde da população em seu próprio ambiente de trabalho ou em qualquer ponto de atenção da rede de serviços, desde que integrando a rede de atenção à saúde, coordenada pela APS, sendo por esta referenciada e acompanhada até a solução do problema de saúde⁽⁷⁾.

Como apontam os fragmentos de falas a seguir, as famílias entendem que a APS tem o significado de baixa resolutividade.

Então depende da situação, do jeito que ela está pra saber aonde eu vou, se eu vou para o PAC {pronto atendimento continuado} ou vou no posto.[...] Eles{na UBS} dão remédio, mas pra tomar em casa, xarope, antibiótico eles dão no posto, só que tem vezes que não precisa, mas às vezes daí tem que ir na farmácia comprar, e no PAC a primeira dose é lá, então já é uma coisa imediata. [...] se eu vejo que está bem feio, que eu

sei que eles vão pedir esse tipo de exame, que seria o raio-x, daí eu vou pro PAC, a não ser que seja caso como anemia, exame de sangue, aí eu levo no posto...[...] (E6, Cascavel, PR).

[...] Aí a febre já sobe rapidinho, então eu tenho que correr com ele, aí eu corro para o PAC, eu não vou para o posto, porque é atendimento de emergência, e o posto pra mim já não resolve. Eu costumo levar {UBS}, tipo ontem eu consultei ele no posto, pra pegar remédio de vermes, pra encaminhamento pra otorrino {laringologista}, aí eu levo ele no posto, quando começa com febre, aí eu levo no PAC (Entrevistado 15, Cascavel, PR).

Eu tinha levado ele aqui no PA {pronto atendimento municipal}, daí fizeram medicamento pra ele e depois dali, daí não adiantou né, daí fui e levei ele na universidade {hospital universitário}(E2, Santa Maria, RS).

Entende-se que a procura pelos serviços de pronto-atendimento pelos familiares/cuidadores decorre do estado de saúde da criança ou até mesmo pelo agravamento do quadro clínico, conduzindo-os a busca da resolução de seus problemas sem passar pelas UBS ou USF. Segundo as falas anteriores, frente à necessidade de realizar exames ou de atendimento à urgência não era preciso passar pela unidade de saúde. Além disso, o início imediato do tratamento mediante a administração da primeira dose de medicamentos é outro aspecto citado como justificativa da procura pela UPA.

Percebe-se que, no imaginário popular, as UBSs são locais para atendimento de demandas de baixa densidade tecnológica, como o tratamento para vermes, citado acima. A APS precisa trabalhar no sentido de desmistificar essa lógica de procura do serviço, criando uma cultura de afiliação da população à sua unidade de cuidados para todas as necessidades⁽⁷⁾, e o encaminhamento quando uma situação aguda surgir, como responsabilidade da unidade e não da própria família, que é quem decide o que é ou não urgente, baseado principalmente na febre das crianças.

Dificuldades no acesso à unidade de saúde constituem-se em um dos aspectos que levou a busca de atendimento no PA.

[...] é difícil eu levar no posto, mais é no PAC mesmo que eu levo, é mais fácil. [...] Porque no posto a gente chega lá, marca consulta e não tem vaga, lá no PAC a gente sabe que é garantido, eles

atendem né. [...] eu trabalho o dia inteiro e não tenho tempo de levar no posto, às vezes tem que marcar consulta tudo, no PA não, você leva e é atendido (E 12, Cascavel, PR).

Eu levei direto lá {PA} porque eu achei que todas às vezes que eu preciso, é sábados, domingos, feriados, o atendimento que a febre “tá” alta, que é dor de garganta, ou que é diarreia, ali eu sou atendida, e nos postinho só marcando consulta. Porque postinho não abre final de semana, o médico vem oito e meia, atende até as nove os paciente e daí ele vai embora e daí se tu chega com teu filho com febre, com dor não tem médico (E7, Santa Maria, RS).

Eu levo aqui no PA {pronto atendimento municipal}, que é mais perto, eu vou direto aqui (E9, Santa Maria, RS).

Os familiares relatam que existem dificuldades no atendimento nas unidades básicas de saúde, o que os leva a procurar diretamente os serviços de pronto atendimento. A gravidade do estado clínico da criança, as filas e número de fichas reduzidas, a falta de atendimento em finais de semanas foram as principais justificativas dos familiares não procurarem os serviços da APS.

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2005⁽⁵⁾, apontou a existência de uma rede de saúde da qual a APS deveria se comprometer em garantir assistência de qualidade, integral às crianças, seguindo os princípios como acesso universal, acolhimento e responsabilização pelo cuidado. Atualmente, essas diretrizes são reforçadas pela Rede Cegonha⁽⁷⁾, proposta do Ministério da Saúde para operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Mulher e da Criança. Apesar da existência dessas diretrizes observava-se que a saúde da criança nos locais de estudo ainda esta centrada no atendimento de causas agudas e no atendimento a demanda, com proposição de ações reativas.

Quando os atributos da APS como acesso; longitudinalidade do cuidado, que pressupõe a presença de vínculo entre as famílias e os profissionais; a coordenação e a integralidade estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde, bem como, a organização do processo de trabalho em saúde propicie a atenção às necessidades da população por meio de fluxo adequado e ações integradas aos demais serviços

do sistema de saúde, as famílias podem permanecer referindo a APS como a sua unidade cuidadora. Nesse sentido, a atenção especializada, como PA e hospitais, seria utilizada somente nos casos em que a APS não fosse resolutive, ou em função da densidade tecnológica ou por demanda de especialidade^(7,8).

A resolutividade na percepção dos cuidadores

Nesta categoria apresenta-se a resolutividade na perspectiva dos familiares/cuidadores. Estes entendem que a agilidade no atendimento à criança, aliado a ação efetiva do profissional na atenção às necessidades da criança no momento oportuno e ainda, a possibilidade de continuidade do tratamento por meio da internação, são aspectos que corroboram para a resolução do problema do filho.

O atendimento dela foi bom, a trataram bem, principalmente a consulta saiu rápido lá no PAC, ficou lá, tomou medicamento tudo lá. Quando a criança está com emergência eu não tenho o que me queixar [...]. O médico atendeu ela bem, a enfermeira cuidou bem, assim mediram a febre, ela ficou internada lá, tomou soro [...] (E4, Cascavel, PR).

O atendimento foi rápido também [...]. Foi rápido até, porque não tinha assim muita gente, muita criança, praticamente umas duas famílias com criança ali só (E3, Santa Maria, RS).

Essa concepção de resolutividade está imbricada ao modelo de atenção ofertado no PA, centrado na medicalização, no atendimento de casos agudos, contudo, o usuário não compreende que este ponto de atenção dos serviços de saúde não consegue atuar sobre os determinantes de saúde da criança, assim como é ineficaz para as condições crônicas e não oferece a continuidade da atenção⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto importante para a resolução dos problemas de saúde da criança identificado pelas famílias é quando há o desaparecimento dos sintomas, pois acreditam que o problema se resolve com os exames e a medicação adequada ou internamento no PA, como segue.

[...] assim que ela tomou a medicação daí nunca mais deu alergia nela. Bom todas as vezes que eu levei lá {UPA} foi resolvido, não teve uma vez que eu saí de lá sem medicação, sem nada, todas as vezes que eu levei lá ela, eles internaram ela lá por dois dias (E1, Cascavel, PR).

[...] eles pedem no imediato o Raio-x e hemograma, aí fica em observação, faz tudo que é tipo de exames, até mesmo para liberar ele, não sai de lá sem hemograma, Raio-x e medicamento. [...] das vezes que eu levei ele lá {UPA}, ele sempre saiu de lá com problema resolvido, se ele fica em observação ele é bem cuidado, e se ele vem pra casa tomar os medicamentos ele sara, se eles veem dali que ele não está bom eles encaminham para o hospital, aí resolve. (E15, Cascavel, PR).

Eu na verdade entrei de supetão assim, eu tomei a frente, eu não perguntei, não questionei porque na hora teu filho ali quase morrendo praticamente, tu vai entra e não que sabe né... Eu pedi urgente um médico e daí, já viram que ele já tava bem ruim... não falava nada... Então depois eles fizeram medicação, já internaram, já... (E6, Santa Maria, RS).

A administração de medicamentos foi um aspecto salientado pela família propiciando-lhes certa segurança, percebendo-o como resolutivo. Esse cuidado pode ser feito nas unidades de APS como foi evidenciado em estudo⁽¹⁶⁾, o qual apontou que a administração do medicamento na unidade de saúde melhora a performance da equipe de saúde e aumenta a adesão do seguimento da saúde da criança na unidade. Essa estratégia de oferecer a primeira dose do medicamento na própria unidade é uma indicação posta nas diretrizes da estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, subsidiada pela compreensão de que as famílias têm dificuldade para administrar os medicamentos à criança e isso compromete a resolução do quadro clínico⁽⁶⁾.

A necessidade de medicalização ou da realização de exames de maior densidade tecnológica como aspecto essencial para a resolução dos problemas de saúde é uma característica cultural dos usuários, reforçada pela formação biologicista dos profissionais de saúde, em que para ambos a “cura” (grifo nosso) dos problemas de saúde ocorre exclusivamente com a medicação e, conseqüentemente, com o desaparecimento dos sinais e sintomas⁽¹⁶⁾. Percebe-se, então, a necessidade de mudança não apenas no modelo de atenção nos serviços de saúde, de uma atuação fragmentada em UBS's tradicionais, para uma atenção integral, em rede de atenção⁽¹⁷⁾, iniciando-se na APS, por meio da ESF. Complementado pela formação profissional e pela compreensão de que o processo saúde doença tem

complexos determinantes que não apenas o agente biológico.

Os sujeitos apontaram dificuldades de acesso aos serviços da APS, traduzidos pela falta de medicamentos; falta de consultas médicas, ainda pela forma de atendimento via agendamento; demora em obter a consulta ao filho; os horários disponíveis para o atendimento ao público nas UBS/USF e a distância da unidade de saúde. Estes aspectos mostram que o acesso ultrapassa a questão geográfica, também mencionada pelos sujeitos. Refere-se, em especial, a forma como o serviço está organizado, centrado na consulta médica, portanto, a dinâmica do processo de trabalho gira em torno de um profissional e não de uma equipe. Dessa forma, observa-se que no modelo atual de organização da APS por meio da rede de atenção à saúde, o acesso na sua compreensão de ofertar acessibilidade aos serviços e sua utilização a cada novo problema ou atendimento por um mesmo problema em novo episódio, bem como propor o primeiro atendimento as urgências e emergências na APS⁽⁸⁾, ainda se apresenta de forma restrita aos usuários.

Dados semelhantes foram discutidos em estudo⁽⁹⁾ sobre acesso e acolhimento nos serviços de saúde, em que estes aspectos citados foram considerados condições que dificultam a resolutividade do cuidado à saúde. O acesso ao serviço de saúde esta inter-relacionado com a resolutividade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços⁽⁸⁾.

Quanto ao serviço de referência e contrarreferência os sujeitos relatam que há uma descontinuidade no atendimento a criança.

Falaram {HU} pra retornar no PAC, daí se fosse durante a semana levar no postinho, pra fazer exames, mais um acompanhamento, foi essa a orientação, só verbalmente, isso quem falou foi um médico que atendeu lá no consultório (E5, Cascavel, PR).

[...] daí se não melhorar a febre que eles falam, se a febre não abaixar com os remédios, daí você retorna lá no PAC. [...] então eles falam que é para retornar lá {UPA} se precisar, ou no posto de saúde. Assim teve uma vez que eu consultei ela e o médico achou que ela estava com anemia, daí ele falou pra mim consultar no posto, para a doutora fazer os procedimentos, pra ver se precisa fazer algum tipo de exame, que aí eles não fazem lá {UPA}, daí ele só falou, eu vim e consultei

aqui {UBS}, foi isso que falaram pra mim, vir ao posto, mas não me deram encaminhamento (E6, Cascavel, PR).

Essa compreensão minimista do processo saúde doença gera um cuidado fragmentado, que não tem continuidade e responsabilização pela saúde do usuário no seu serviço de origem, o qual seria a UBS/USF. Não existe a referência e contra referência entre um serviço e outro, gerando o cuidado focal e local. Quando o usuário adentra em outro segmento do serviço de saúde, precisa reiniciar todo o discurso de seu problema, pois não traz do serviço anterior o encaminhamento do profissional de saúde que o atendeu. Demonstrando que a APS ainda não é o centro ordenador da atenção à saúde como proposto nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁽⁷⁾.

O encaminhamento verbal percebido acaba tornando-se apenas um conselho ao usuário, pois não há garantia de ser atendido, como se transferisse a responsabilidade para o próprio usuário, sem cumprir a função de referenciar o paciente para o serviço responsável. O acolhimento como responsabilização da equipe, quando encaminha o usuário, seria uma forma de resolutividade dessa falta de referencia e contra referência⁽¹⁶⁾. Observa-se uma comunicação pouco efetiva, sem utilização do prontuário único em rede, mostrando uma vulnerabilidade da coordenação da APS. A informatização dos serviços de saúde proposta na Rede de Atenção à Saúde será uma estratégia para resolver esse problema de falta de comunicação entre os serviços.

A APS resolutiva moldada no modelo de Rede de Atenção à Saúde, além de se organizar a partir dos problemas de saúde da população adscrita a seu território, apresenta menores custos e a ênfase se dá nas ações proativas e não reativas, solucionando a maioria dos problemas de saúde da população; coordenando, organizando os fluxos de referência e contra referência pela rede; e responsabilizando-se pelo cuidado, em qualquer serviço em que o usuário seja atendido⁽¹⁷⁾.

A queixa das famílias desse estudo mostrou que não há vínculo entre estas e os serviços de APS, pois até relatam que precisam levar a criança ao acompanhamento de rotina na UBS/USF para prevenir os agravos, mas acabam não levando. Outros estudos^(9;16) têm apontado dados

semelhantes em que as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde não são prioridade, fragilizando o enfoque à integralidade na oferta do cuidado à saúde.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos apontados pelas políticas de atenção à saúde da criança, no entanto, não é o que está posto nas ações desenvolvidas nos serviços de APS nos municípios em que o estudo foi realizado. Mesmo com as diretrizes governamentais indicando que as ações assistenciais à criança tenham que estar pautadas na atenção integral, está ainda distante de ocorrer, devido à vulnerabilidade e fragmentação do cuidado a saúde ofertada pelos profissionais da rede de serviços de saúde⁽¹⁸⁾.

Em busca pelo atendimento de saúde ao filho, as famílias em estudo traçam um itinerário próprio que varia da procura da UBS como ponto de referencia até a entrada no serviço de PA. Percebe-se que, os sujeitos em estudo, têm como ponto de primeiro contato com o serviço de saúde e entrada neste, o acesso direto ao PA, e neste contexto, a UBS/USF, que seria a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, não se caracteriza como tal. As famílias buscam, em seu itinerário de cuidado, um serviço que lhes propicie resolutividade imediata do problema de saúde, e possivelmente, isso ocorre porque a UBS/USF não vem se constituindo em um ponto de entrada facilmente acessível, o que incorre em uma atenção inadequada, que pode gerar gastos adicionais e baixa resolutividade na APS⁽¹⁷⁾.

Nessa situação, tem-se que a população tende a acessar o sistema de saúde por vias mais fáceis e possíveis e, que nem sempre a UBS/USF é a porta de entrada, como aponta a rede poliárquica de assistência à saúde⁽¹⁹⁾, justamente por não se mostrar acessível e ter baixa resolutividade, fazendo com que o usuário acesse o serviço de saúde, por meio da procura de outros locais de atendimento, como o PA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As famílias procuram o PA para a resolução imediata de seus problemas, vendo a APS como de baixa resolutividade, procurando assim um serviço de maior densidade tecnológica para atendimento de seus filhos. Compreendendo como

resolutividade a agilidade no atendimento, realização de exames de forma rápida, além do desaparecimento dos sintomas apresentados pela criança no momento da procura da UPA.

A medicalização foi um aspecto mencionado no que tange a cura e solução dos problemas de saúde da criança. Apontam ainda que as dificuldades de acesso ao serviço de saúde na UBS/USF decorrem da forma de organização dos serviços. Não é observada a integralidade no cuidado prestado e muito menos o trabalho em rede, o qual proveria atenção integrada compreendida como meio de viabilizar o acesso, a satisfação do usuário e a eficiência dentro de uma proposta de melhoria da equidade.

Essa forma de prestar o cuidado carece de vínculo entre a equipe de saúde da APS e as famílias sob sua responsabilidade, para possibilitar segurança no serviço prestado pela unidade favorecendo com isso entendimento das responsabilidades da APS e o conhecimento da existência de níveis de complexidade de atendimento, propiciando assim uma melhor compreensão do funcionamento adequado dos serviços.

Se as unidades apresentassem em toda sua extensão os atributos da APS, ou seja,

propiciassem continuidade da atenção; acesso de primeiro contato; vínculo por meio da relação entre equipe, usuário e família; ação como fonte regular de atenção utilizada ao longo do tempo; responsabilidade pelo oferecimento de serviços e reconhecimento dos diversos fatores causadores das patologias nas ações prestadas à comunidade, a família sentir-se-ia segura em procurar primeiramente a APS para o atendimento a criança, e, se necessário, seria encaminhada ao PA.

Destaca-se neste estudo, a importância do papel dos gestores, assumindo sua função para a reorganização da APS e das Redes de Atenção à Saúde, visando o funcionamento adequado do sistema de saúde, possibilitando acolher as demandas dos usuários, resolvendo seus problemas de saúde ou redirecionando para os demais pontos de atenção da rede, organizando o fluxo de cuidado. Desta maneira, salienta-se que a APS deve empregar esforços para dar conta das suas funções a partir de uma atenção em rede, buscando a resolução, a coordenação e a responsabilização pela atenção à saúde da população, em prol da atenção integral e humanizada à saúde das crianças.

PROBLEM SOLVING OF CHILDREN HEALTH IN THE HEALTH CARE NETWORK

ABSTRACT

The aim of this study was to describe problem solving in health care for children under five in two southern Brazilian cities, under the perspective of caregivers. A total of 25 family members of children assisted in Urgent Care Units in 2010 were the participants of this research. Data collection was carried out through semi-structured interviews at the families' homes. Data were subjected to thematic analysis and the outcomes showed that families seek Urgent Care to immediately solve their problems, considering Primary Health Care as having a low problem solving, problem solving, and search for higher technological density services to solve their children's problems. According to the families' comprehension, problem solving occurs when the service is fast and the child's symptoms disappear. Finally, access to the health service in the Basic Unit/Family Health Unit is hindered due to how services are organized.

Keywords: Child health. Health service accessibility. Primary health care. Pediatric nursing.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DE NIÑOS EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la solución de problemas en la atención a la salud de niños menores de cinco años en dos ciudades del sur de Brasil, en la percepción de los cuidadores. Participaron del estudio 25 familiares de niños cuidados en la Unidad de Pronta Atención en 2010. La recolección de los datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas en el hogar de las familias. Los datos fueron sometidos al análisis temático de contenido y los resultados mostraron que las familias buscan las Unidades de Pronta Atención para la resolución inmediata de sus problemas, considerando la Atención Primaria a la Salud como de baja resolutividad, buscan un servicio de mayor densidad tecnológica, para resolución de los problemas de sus hijos. Para los familiares, la resolutividad ocurre cuando la atención es ágil y los síntomas del niño desaparecen. Se

concluye que el acceso a servicios de salud en la Unidad Básica de Salud/Unidad de Salud de la Familia es dificultado debido a la forma que se organizan los servicios.

Palabras clave: Salud del niño. Accesibilidad a los servicios de salud. Atención primaria de salud. Enfermería pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Children's Fund -UNICEF. Committing to child survival: a promise renewed. [on-line]. 2012 [citado 2012 Dez 20]; 44p. Disponível em: http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/APR_Progress_Report_2012_final.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Data SUS. Indicadores de mortalidade. [citado 2012 dez 16]. Brasília (DF): Editora Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/c04.def>
3. Victora C, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet. Series Saúde no Brasil 2. [on-line]. 2011. [citado 2014 fev 25];32-46. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
4. Organização Mundial da Saúde-OMS. Relatório Mundial de Saúde 2008. Atenção Primária em Saúde: Agora mais do que nunca. Tradução: Ministério da Saúde (BR); 2010.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. [on-line] Brasília (BR): Editora do Ministério da Saúde; 2004. [citado 2013 mar 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). AIDIP. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação tratar a criança: módulo 4. [on-line]. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde. 2a ed. [citado 2013 maio 12]. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0471_M.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Redes de atenção a saúde. [on-line]. 2010. [citado 2012 set 10]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
8. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2002.
9. Silva RMM, Viera CS, Toso BRGO, Neves ET, Rodrigues RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. Acta Paul Enferm. 2013. [citado 2014 fev 26]; 26(4):382-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a13.pdf>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. [citado 2012 dez 20]. Censo 2010. Dados básicos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410480>
11. Cascavel. Prefeitura municipal de Cascavel. Portal do Município de Cascavel. Unidades especiais de saúde. [citado 2013 jan 04]. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=139>
12. Ministério da Educação (BR). Hospital Universitário de Santa Maria. Dimensionamento de serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa. Santa Maria; 2013.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 410p.
14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad saúde pública. 2008. [citado 2012 nov 11]; 1(24):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
15. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc saúde colet. 2010. [citado 2013 maio 10]; 15 supl. 3:3615-3624. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>
16. Costa GD, Cotta RMM, Reis IR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). Ciênc saúde colet. 2011. [citado 2014 fev 25]; 16(7):3229-3240. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421953027.pdf>
17. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2a ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, Editora do Ministério da Saúde; 2011. .
18. Novaczyk AB, Gaíva MAM. As tecnologias inter-relacionais na assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais. Ciênc cuid saúde. 2010 jul-set. [citado 2012 Nov 12]; 9(3):560-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12560/6652>
19. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Cad saúde pública. 2010 dez [citado 2013 maio 08]; 26(12):2316-2322. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n12/10.pdf>

Endereço para correspondência: Cláudia Silveira Viera. Rua Betula, 124, CEP: 85807240. Recanto tropical, Cascavel, Parana. E-mail: clausviera@gmail.com

Data de recebimento: 14/05/2013

Data de aprovação: 26/05/2014