



## ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA CRIANÇAS\*

*ACCESS FIRST CONTACT IN PRIMARY HEALTH ATTENTION FOR CHILDREN*

*ACCESO A UN PRIMER CONTACTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA NIÑOS*

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira<sup>1</sup>, Cláudia Silveira Viera<sup>2</sup>, Neusa Collet<sup>3</sup>, Regina Aparecida Garcia de Lima<sup>4</sup>

O estudo objetivou identificar o seguimento do princípio da atenção básica acesso de primeiro contato, em unidades básicas de saúde, no cuidado de saúde para crianças menores de cinco anos, com problemas respiratórios. Estudo qualitativo, hermenêutico, cuja base conceitual está centrada no cuidado. A parte empírica consiste de entrevistas com acompanhantes de crianças hospitalizadas e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e de emergência. A compreensão dos dados por meio da linguagem hermenêutica norteia a análise. Os resultados mostram que o acesso de primeiro contato está ocorrendo em unidades de emergência para atenção a episódios agudos de problemas de saúde em vez de unidades de atenção básica, sem ações programáticas e acolhimento como metodologia de ação cotidiana, que a atenção básica não atua como reguladora do sistema de saúde, sendo necessário refletir sobre seu papel como integrante dos serviços de saúde e a retomada de sua função.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Criança; Transtornos Respiratórios.

The study aimed to identify the access at the first contact, one of the principles at the primary health attention, in public health unit, for children under five years with respiratory problems. It was a qualitative study, performed by hermeneutic language, whose conceptual basis is centered on care. The empirical part consists of interviews with companions of the hospitalized children and health professionals from primary care units and emergency. The understanding of the data by hermeneutic language guides the analysis. The results show that access to first contact is occurring in emergency care for acute episodes of health problems instead of the primary care units, without programmatic actions and advisement as a method of the daily action, as well as the primary health attention does not act as regulator of the health system, requiring of the reflection on its role as part of health services and the resumption of its function.

**Descriptors:** Primary Health Care; Health Services Accessibility; Child; Respiration Disorders.

El objetivo del estudio fue identificar el seguimiento del principio de atención primaria de salud del primer acceso en unidades de salud pública, en la atención de salud a niños menores de cinco años, con enfermedades respiratorias. Estudio cualitativo, hermenéutico, cuya base conceptual se centra en la atención. La parte empírica consiste en entrevistas con acompañantes de niños hospitalizados y profesionales de salud de unidades de salud pública y de emergencia. La comprensión y análisis de los datos fue a través de lenguaje hermenéutico. Los resultados señalaron que el acceso al primer contacto ocurre en unidades de emergencia para episodios agudos de la enfermedad en lugar de unidades de atención primaria, sin acciones programáticas y acogimiento como método de acción cotidiana, que la atención primaria no actúa como reguladora del sistema de salud, lo que requiere reflexionar sobre su papel como parte de los servicios de salud y la reanudación de su función.

**Descritores:** Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Niños; Trastornos Respiratorios.

\*Artigo extraído da tese Resolutividade do Cuidado à Saúde das Crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, em 2011.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: lb.toso@certo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP, docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: clausviera@hotmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP/USP, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: neucollet@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: limare@eerp.usp.br,

## INTRODUÇÃO

Apresentamos a atenção primária em saúde (APS) como sinônimo de atenção básica em saúde (ABS). Consiste na atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes, socialmente aceitos e com tecnologias acessíveis a indivíduos e famílias em um custo que as comunidades e o Estado possam suportar, independente de seu estágio de desenvolvimento. É parte integral do sistema de serviços de saúde, representando sua função central e constituindo-se como o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema. Traz os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção<sup>(1-3)</sup>.

Um sistema de saúde com base na APS deve ser composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantam a cobertura e o acesso universais a serviços de saúde à população e que aumentem a equidade. Deve oferecer cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo (longitudinalidade), enfatiza a prevenção e a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento, tendo como base de planejamento de ações as famílias e as comunidades<sup>(4)</sup>.

Seus princípios ordenadores são o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Neste estudo, enfocamos o primeiro princípio ordenador, o primeiro contato, cuja definição afirma que "...implica a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde"<sup>(2:61)</sup>.

Um indicador para avaliação da APS utilizado desde a década de 1970 é o de hospitalizações evitáveis por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA), em que um serviço de ABS considerado eficiente tem a possibilidade de reduzir essas hospitalizações, as quais

são definidas como as condições que, devidamente tratadas na APS, não exigiriam internação<sup>(5)</sup>. A lista de doenças de hospitalizações evitáveis no Brasil apresenta os problemas respiratórios como uma das condições em que a hospitalização não deveria ocorrer. Apesar disso, mais de 50% das hospitalizações de crianças menores de cinco anos ocorrem por problemas respiratórios, indicando problemas com a resolutividade ao nível da atenção básica<sup>(6-7)</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar o seguimento do princípio da atenção básica acesso de primeiro contato, em unidades básicas de saúde, no cuidado de saúde para crianças menores de cinco anos, com problemas respiratórios.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa com abordagem hermenêutica filosófica, sob a luz do referencial teórico do cuidado<sup>(8)</sup>. O estudo foi desenvolvido a partir da unidade de pediatria de um hospital público estadual no município de Cascavel, Paraná. Participaram os acompanhantes de crianças menores de cinco anos de idade, internadas na unidade de alojamento conjunto pediátrico do hospital, com diagnóstico de doença respiratória não crônica. A partir destes participantes, buscamos os demais sujeitos do estudo, ou seja, profissionais de saúde dos locais por onde a criança passou para conseguir atendimento em saúde. Foram critérios de seleção para as díades acompanhante/criança: ter atendimento anterior à hospitalização pelo mesmo motivo na rede de serviços de ABS que compõe o SUS no município; ser residente na zona urbana do município de Cascavel/PR e ser acompanhante em condições de prestar as informações necessárias à pesquisa. Para os profissionais de saúde: a) fazer parte da equipe de atendimento a crianças de unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da

família, da zona urbana do município em estudo e atender crianças em seu cotidiano de trabalho.

Utilizamos a entrevista semiestruturada para a coleta de dados cujo roteiro foi desenvolvido com base no *Primary Care Assessment Tool* (PACTool)<sup>(2)</sup> para avaliação da atenção primária, propondo-se a avaliar aspectos denominados atributos da APS, compreendendo: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade do cuidado na família e orientação comunitária. Esse instrumento foi validado no Brasil<sup>(9)</sup>, assim como o manual para sua utilização<sup>(10)</sup>.

A produção do material empírico ocorreu entre outubro de 2009 e junho de 2010. Foram realizadas onze entrevistas com familiares e onze com os profissionais médicos e enfermeiros da rede básica, num total de vinte e duas entrevistas. As falas dos sujeitos, a fim de garantir o anonimato e o sigilo de suas colocações, aparecem no texto identificadas com abreviações seguida do número de ordem de sua realização: no caso dos familiares acompanhantes (EA1, EA2) e para os profissionais (EP1, EP2).

Na trajetória interpretativa dos dados, seguimos os seguintes passos<sup>(11)</sup>: ordenação dos dados, transcrição das entrevistas, releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem, possibilitando um mapa horizontal das descobertas; classificação dos dados com a leitura horizontal e exaustiva do material empírico, processo de recorte do material empírico em unidades de sentido resultando numa síntese de classificações, buscando compreender e interpretar o que foi relevante e representativo; análise final contendo a reflexão sobre o material empírico. Nesse processo foram construídas as categorias empíricas.

Com relação aos procedimentos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual

do Oeste do Paraná, sob parecer nº 245/2009-CEP. Para cada entrevistado (familiar e profissional), foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pelos sujeitos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As categorias empíricas construídas foram três, assim denominadas "Surgimento de sinais e sintomas da doença da criança e a atitude adotada pela família para lidar com os mesmos", "Características dos serviços de saúde" e "Acessibilidade das famílias aos cuidados de saúde", as quais apresentamos a seguir.

### **Surgimento de sinais e sintomas da doença da criança e a atitude adotada pela família para lidar com os mesmos**

O sinal mais frequentemente relatado pelo acompanhante da criança e que motivou a família a levá-la até um serviço de saúde foi a febre, seguida pelos sintomas respiratórios, como tosse, nariz "trancado" (obstrução nasal) e vômito. Ao aparecimento desses sintomas, a primeira atitude adotada foi a medicação para "baixar a febre", dependendo do quanto as mães consideravam elevada a temperatura, pois nem todas relataram ter termômetro em casa, mas colocavam a mão sobre a fronte da criança. Caso a considerassem muito quente, procuravam o serviço de saúde, geralmente o pronto atendimento continuado (PAC), dependendo do horário em que o sintoma foi percebido ou a unidade básica de saúde (UBS), se existia possibilidade de conseguir o atendimento médico para seus filhos.

Dessa forma, a partir da necessidade da família de cuidados profissionais em saúde e da tomada de decisão por procurar um serviço de saúde, tem início o processo terapêutico, que não se caracteriza por simples consenso, sendo entendido como uma sequência de decisões e negociações entre as pessoas e grupos com

interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia<sup>(12)</sup>.

As estratégias das pessoas no enfrentamento de problemas cotidianos, sobretudo em relação à procura de cuidados em saúde, podem ser analisadas por meio dos caminhos percorridos no sistema de saúde em busca da terapêutica para o problema. Assim, observamos que as crianças foram levadas ao serviço de saúde, em sua maioria, logo após o surgimento dos sintomas, nas primeiras 24 horas.

A preferência se deu por um serviço de saúde como o PAC ou a UBS, mas também adotaram como prática o uso de medicação que havia sobrado de episódios anteriores de doença da mesma criança ou irmão. Ainda o uso de medidas caseiras como chás e xaropes, e também a prática da medicação comprada por orientação do atendente de farmácia. Na continuidade ou piora dos sintomas, a família procurou o serviço de saúde para consulta médica: *Algumas crianças vêm no início dos sintomas, outras a mãe fica tentando resolver o problema em casa, às vezes vai a farmácia, pega medicação do outro filho que sobrou, ou da vizinha* (EP4).

Antes de levar a criança ao serviço de saúde, algumas famílias adotam cuidados domiciliares, tais como o uso de xaropes para a tosse e chás caseiros, além do uso de medicação por conta própria, por exemplo, *tem um xarope que a avó faz com guaco, quando elas estão meio gripadinhas, eu dou. Para vômito plasil e o paracetamol para febre* (EA3). *Antes de consultar ele eu fiz inalação com soro e berotec, porque ele já teve gripadinho, daí temos soro e berotec em casa. Para febre eu dei dipirona. Chazinho caseiro, de poejo* (EA8).

No que diz respeito à evolução da doença e a busca por cuidados de saúde para sua criança, podemos dizer que as famílias não seguem uma regra, apesar de mostrar preocupação sobre o adoecimento. Algumas, primeiro observam a criança por um determinado período em casa, adotam medicamentos antitérmicos nos casos de hipertermia, ou outros medicamentos que consideram úteis para diferentes sintomas. Caso a criança não apresente melhora, levam ao serviço de saúde. Outras,

*assim que percebemos* (que a criança não estava se sentindo bem) (EA2). *Acho que tinha três dias* (de evolução do quadro clínico) (EA3).

Os serviços de saúde que a família busca para o primeiro cuidado a sua criança mais frequentemente citados foram as unidades de saúde mais próximas e os PAC's, mas também há aquelas que levam a criança primeiro à farmácia: *Meu marido levou ele na farmácia e o farmacêutico disse que ele estava com a garganta inflamada, daí meu marido comprou remédio para garganta que ele indicou e para febre* (EA1). *No PAC, porque naquele horário não tinha posto de saúde aberto e no PAC sempre é mais rápido que no posto de saúde e tem que pegar ficha* (EA2).

Os profissionais de saúde mencionaram que a preferência das famílias se dá pelo PAC, pelas características de funcionamento das UBS, com agendamento de consultas e presença do pediatra apenas em certos horários do dia, enquanto nesse outro serviço o atendimento pediátrico ocorre durante 24 horas. Também afirmam que as mães consideram esse serviço mais resolutivo, devido aos exames de apoio diagnóstico, como raios-X e exames de sangue e urina, além de a criança poder ficar em observação e iniciar o tratamento imediatamente: *À noite a unidade de saúde não funciona, mas tem aquelas que não vão à unidade de saúde porque chegam lá, não tem como ter o serviço naquela data, o agendamento é para daí a dois dias ou uma semana e outras porque elas referem que no PAC fazem raio-X, hemograma, exame de urina, tudo no mesmo dia. Na unidade de saúde, vão ter que agendar coleta de exame, exame radiológico, depois vão ter que pegar esses exames e levar para o médico, então é trabalhoso. Outras vão à unidade de saúde, não tem mais consulta ou não tem mais pediatra, então a própria enfermeira faz o encaminhamento, às vezes o técnico também faz* (EP2).

Os profissionais remetem a discussão à questão da resolutividade, no que diz respeito ao serviço de apoio diagnóstico, presente nos PAC e ausente nas UBS's, conduzindo à demora no atendimento quando o médico precisa do exame complementarmente a sua avaliação clínica, pois necessitam de agendamento, a qual pode demorar até uma semana, entre a solicitação e o resultado.

Sobre as deficiências no sistema de apoio diagnóstico em UBS, estudo aponta que boa parte das equipes e da população se ressentem de um apoio diagnóstico oportuno e com menos dificuldades para as pessoas. Os resultados demoram a retornar aos médicos e os usuários precisam se deslocar até o posto de coleta<sup>(3)</sup>. Nas UBS desta pesquisa, a coleta ocorre três vezes por semana, pela manhã, então as famílias precisam, na maioria das vezes, retornar a UBS com a criança para a coleta de exames, em dia diferente daquele em que fez a consulta médica que demandou a solicitação, o que explica a preferência pelo serviço de emergência.

### **Características do serviço de saúde**

Aspecto importante para avaliação do primeiro contato na atenção básica é se as famílias consideram que exista um serviço de saúde ou mesmo um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, que seja considerado por elas como referência para buscar cuidados em saúde ou orientações sobre o cuidado de suas crianças.

Em nosso estudo, essa vinculação com o serviço se mostrou mais forte junto aos PAC, ambulatórios de atendimento de urgências e emergências, e não com as UBS, o que pode ser considerado um problema, uma vez que os profissionais que trabalham nesse serviço não dão seguimento aos pacientes, fazem atendimentos pontuais, rápidos, voltados para a queixa principal. Saindo dessa unidade, quando a criança precisa de uma avaliação de rotina, seja médica ou de enfermagem, não há uma unidade de referência para a qual a família se dirija.

Não observamos uma prática de acompanhamento ao longo do tempo, de prevenção de problemas de saúde, ao contrário, a procura somente se dá quando um problema se instala, para a busca de resolutividade imediata de um caso agudo. Muitas das mães não levavam suas crianças para a puericultura, não adotavam

como rotina levar as crianças para consultas de acompanhamento e utilizavam a UBS somente para as imunizações. Por outro lado, não é prática da UBS buscar a família para o exercício de ações preventivas, uma vez que o atendimento da unidade se dá unicamente para a demanda espontânea, a não ser quando da execução de programas para grupos específicos ou campanhas de saúde. O relato a seguir mostra a preferência dos familiares na hora de buscar por um serviço de saúde: *Levo no PAC. No posto tem que levantar de madrugada, pegar ficha, é mais difícil, às vezes chega lá não tem mais ficha e às vezes vai ao posto e eles vêem que não está bem, encaminham para o PAC (EA11).*

Esta também é a percepção dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, tanto do PAC quanto das UBS's. Embora os serviços participantes do estudo tenham pediatras e enfermeiros, as características de atendimento desses profissionais são distintas. Os pediatras das UBS atendem por agendamento, os pediatras dos PAC atendem consultas de urgência de toda a área de abrangência do município. Os enfermeiros não atendem especificamente crianças, mas realizam alguns procedimentos em dias específicos e com horário agendado, como a puericultura, por exemplo. Estudo identificou que o enfermeiro ainda precisa ser preparado para garantir a integralidade, a qualidade e a humanização da atenção, em defesa do projeto sanitário que se deseja construir na saúde<sup>(13)</sup>.

Na situação de atendimento emergencial, os profissionais não se consideram os profissionais responsáveis pelo acompanhamento de saúde das crianças que atendem: *Não, com certeza não. Até porque um dia é vista por um pediatra, outro dia por outro, é um pronto-atendimento, nós não temos a ficha de seguimento, então não sei a conduta que o colega tomou, sigo as informações da mãe (EP2).*

Ao contrário, na UBS, tanto o profissional quanto os familiares relatam conhecimento mútuo. Contudo, alguns familiares mencionam que, à chegada na unidade, no serviço de recepção ao usuário, precisam se apresentar sempre, como se fosse a primeira vez que buscassem o serviço: *Aqui todo mundo me conhece e já conheço*

*todo mundo, isso é uma coisa que facilita bastante o atendimento, porque você acaba conhecendo a dinâmica familiar de todas as crianças. Facilita o diagnóstico, o atendimento, tudo (EP11). Ah, eles devem saber, porque eles têm os prontuários deles. Alguma pode conhecer e fala que não conhece. Fui um monte de vez lá e sempre tem que falar quem somos (EA4).*

As famílias contam com um profissional específico, médico ou enfermeiro, que seja considerado como o profissional responsável pelo atendimento da criança, apenas em algumas situações, pois a maior parte levam-na ao PAC, para que a criança seja atendida pelo profissional que estiver de plantão. *Quando eu preciso de algo sempre levo ele no PAC (EA1). Eu acho que elas (mães) estão começando a considerar, elas tem retornado, pedido para consultar comigo (EP3). Os profissionais das UBS, diferentemente daqueles que prestam atendimento nos PAC, sentem-se os profissionais de referência de determinadas famílias, acenando para a formação de vínculo com estas.*

Ao levar sua criança ao serviço de saúde, a família identificou o cuidado prestado pelos diversos profissionais, desde a chegada na recepção até a consulta médica pretendida. Os acompanhantes descrevem o atendimento: *Fui para a pré-consulta, eles medem a temperatura, perguntam um monte de coisa, voltamos na recepção, ai demora, daí ele foi atendido pelo médico que mandou fazer o raio-X e logo encaminhou para cá (ACP do HUOP) (EA6).*

Nos serviços, os profissionais também descrevem como seu atendimento é desenvolvido rotineiramente e, a partir desses relatos, podemos identificar predominância de ações mais voltadas para a atenção às condições agudas do que para as ações programáticas, voltada para dar respostas pontuais às demandas e representações da população. *Elas chegam triadas pela enfermagem, fazem uma pré-consulta, ai conforme a classificação de risco elas são priorizadas conforme a gravidade para atendimento. Na ficha consta idade, peso, temperatura, saturação de oxigênio e queixa principal, ai o que elas classificam como verde ou azul podem esperar um pouco mais, as que são amarelas, devem ser atendidas em no máximo 30 minutos e as de risco maior, laranja ou vermelho vão direto para a sala de emergência e devem ser atendidas imediatamente. Primeiro eu me certifico da queixa principal, então tento fazer com que a mãe fale da vinda dela a esse serviço. Muitas vezes ela fala o motivo e o que eu identifico era até mais*

*importante do que ela veio me procurar. Depois dessa queixa faço o exame físico, primeiro a ausculta, depois a revisão de todos os sistemas, otoscopia, oroscopia, palpação de abdômen. Conforme a suspeita diagnóstica, prescrevo uma receita para casa, ou posso mandar para a observação, para pedir exames, às vezes é para tirar de uma crise ou diminuir temperatura, se precisar pedir exame para a criança, como hemograma e exame de urina é preciso fazer uma ficha de internamento, uma prescrição para internar na observação de 24 horas. Quando chega o resultado do exame ou se tiver alguma intercorrência essa criança é reavaliada, tomo uma nova conduta, a criança pode permanecer no local ou ser encaminhada para um serviço hospitalar (EP2).*

A rotina do atendimento médico na UBS difere do PAC, pois as consultas são agendadas e os usuários oriundos da área de abrangência, mas as unidades também recebem crianças com quadros agudos que precisam de atendimento imediato: *Faço a história clínica, o exame físico e o tratamento ou orientação, tem criança aqui que não é tratamento, medicamento, é só orientação. Outra coisa que eu sempre falo é em relação à prevenção de acidentes, pelo menos uma pincelada Nessa época do ano é quadro respiratório e tem duas queixas que são bastante frequentes, que é dor abdominal e cefaleia. Com o que eu tenho de exames complementares, de apoio diagnóstico mais a clínica, a maioria eu resolvo aqui, eu não encaminho nada (EP11).*

Em relação ao cuidado de enfermagem, este também é diferenciado nas unidades de emergência, que se assemelha ao cuidado hospitalar, daquele prestado na UBS, voltado para a execução de programas e/ou campanhas: *Na puericultura, na pesagem (para o recebimento do) do leite e bolsa família que são programas sociais, que tem avaliação periódica e na unidade principalmente crianças que nós encontramos com baixo peso, fazemos a busca ativa para o acompanhamento, quando a criança está obesa nós também trabalhamos, para orientar para voltar ao peso adequado (EP4). Inalação, curativo, a medicação VO, IV, IM, conforme a prescrição, esse é o atendimento para criança (EP7).*

A família sabe, em parte, quem são os profissionais que estão realizando o cuidado de seu filho, à medida que cita a categoria profissional médica, por exemplo. Contudo, quanto aos demais profissionais, são todos denominados genericamente de "enfermeiros" ou ainda o "pessoal da recepção", cuja ocupação não sabem nominar. *Não sei o nome, acho que era uma secretária, porque ela*

*só fica ali na frente. Mediu a temperatura dele e o pulso. Depois direto com o médico (EA1). As enfermeiras que estão lá. O médico também (EA9).*

Os profissionais de saúde citam os membros da equipe de atendimento, de acordo com as especificidades de cada serviço. No PAC, para atendimento específico das crianças, a equipe é composta de médicos pediatras, dois por turno na maior parte do tempo. O enfermeiro é o supervisor do turno, dando atenção às crianças quando solicitado. Os técnicos de enfermagem são direcionados para enfermarias de atendimento, sendo dois específicos para o cuidado de crianças, em escala rotativa.

Ainda como característica dos serviços, as unidades de saúde são distribuídas geograficamente de modo a atender a população de um determinado bairro. A territorialização foi desenvolvida no município a partir de 1998 e tem funcionado como um norteador do cuidado, levando em consideração a ruptura de uma barreira de acesso, que é a geográfica. Mesmo tendo uma população de referência, o atendimento é prestado a qualquer pessoa que procure a unidade, sendo daquele bairro ou não. Algumas famílias seguem o profissional de referência para elas. Se esse profissional muda de UBS, elas também mudam para obter a continuidade do cuidado: *Ontem eu atendi uma do Pacaembu, falei: mãe, não tem pediatra mais perto? Ah doutor, você está aqui, fazer o que (EP11).*

Esta prática está coerente com o conceito de APS, que deve ser o mais abrangente possível, contudo, carece da estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, entendendo-a como forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população<sup>(3)</sup>.

### **Acessibilidade das famílias aos cuidados de saúde**

Acesso e acessibilidade são tratados, por vezes, com concepções distintas, entretanto, neste estudo foram tomados como sinônimos, para indicar a facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Entende-se como um serviço acessível aquele de fácil abordagem (e disponível), no qual houve eliminação de barreiras, sejam estas de cunho geográfico, administrativo, financeiro, cultural ou de linguagem, possibilitando atenção ao primeiro contato<sup>(2)</sup>.

As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das seguintes características do sistema de saúde: disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, distribuição geográfica, mecanismos de financiamento dos serviços e sua organização<sup>(14)</sup>.

O primeiro aspecto abordado sobre a acessibilidade diz respeito ao acesso da família com uma criança doente a UBS/USF no mesmo dia em que procura pelo serviço, se a unidade está aberta ao público: *Tem que amanhecer lá para pegar ficha, temos que adivinhar que a criança vai passar mal, para ir lá de manhã pegar ficha (EA1).*

O funcionamento das unidades de saúde baseadas no agendamento de consultas para atender casos clínicos de doenças agudas, por demanda espontânea, não tem resolvido os problemas de saúde, ou por não dar conta de atender a todos que procuram o serviço ou por carecer de resolutividade. Além disso, a atenção programada não é executada como prática das unidades. Apontamos também a (des)humanização do cuidado nesse sistema, em que pessoas precisam estar de madrugada à porta das unidades de saúde para conseguir o atendimento que procuram por demanda espontânea.

Uma alternativa seria investir no sistema de acolhimento, manifestado em duas dimensões: uma atitudinal, voltada para atenção humanizada a todas as pessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde, uma resposta sempre positiva às demandas e a criação de vínculos entre a equipe de saúde e a população adstrita. A outra, organizativa, para estabelecimento dos fluxos e contra-fluxos das pessoas nas UBS, com a territorialização, a superação das respostas constrangedoras ou negativas do tipo senha ou ausência

de fichas e o estabelecimento de um processo de avaliação inicial adequado<sup>(3)</sup>.

O modo de organização dos serviços, com base na oferta organizada de ações, tende a superar as formas tradicionais de reorganização da produção de ações de saúde, cabendo às unidades atender tanto indivíduos em busca da consulta e pronto-atendimento (demanda espontânea) quanto desenvolver ações visando ao controle de agravos e ao atendimento de grupos populacionais específicos (oferta organizada), evitando o rechaço das pessoas por falta de atendimento quando procuram um serviço de saúde<sup>(15)</sup>.

Assim como as famílias, os profissionais de saúde expressaram a dificuldade de acesso: *Se a criança chega com febre, se ela chega dispnéica, com alguma coisa que não está bem, se tiver um pediatra aqui na unidade no momento, ela é atendida aqui, agora se não tiver pediatra ela é encaminhada ao PAC* (EP5). Os profissionais vinculam o acesso, no momento em que a família procura a unidade, aos sinais e sintomas apresentados pela criança, ou seja, se percebem que a criança não está bem, procuram incluí-la no rol de pacientes a espera de consulta médica, quando o pediatra está na UBS, ao contrário, quando não está, encaminham a família para a unidade de emergência. Não se percebe, nesse momento, que a equipe se responsabiliza pela saúde destes cidadãos, tampouco há sinais de vinculação com os mesmos.

Em estudo sobre a acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, evidenciou-se que o trabalho dos médicos é pontual, que atendem em horário restrito sem maior vínculo com os demais profissionais e com os usuários, ressaltando a baixa valorização do contato com o paciente e a ausência das ações de promoção da saúde e prevenção da doença, a exemplo do observado em nosso estudo<sup>(15)</sup>.

A demora em conseguir acesso ao atendimento não emergencial também é percebida pelos profissionais, embora numa conotação favorável: *às vezes não* (consegue o atendimento), *porque nós temos pediatra de manhã e a tarde e a nossa*

*unidade funciona até às 22hs. Quando é uma situação de emergência, ai consegue* (atendimento). *No nosso caso, não demora mais que uma semana, quando não é situação de emergência. Quando é emergência, nós tentamos resolver na hora, se não resolve, já encaminha* (EP4).

Percebemos o acesso vinculado à presença do pediatra, o que limita as possibilidades de cuidado, pois a dimensão organizativa do serviço prevê a presença desse profissional apenas durante uma parte do horário de funcionamento da UBS. Das quinze horas de funcionamento das unidades do estudo, em uma há pediatras durante oito horas, na outra durante três horas do horário de funcionamento. Os PAC têm pediatra vinte e quatro horas por dia.

Ainda, o profissional considera um tempo razoável a espera de atendimento médico no período de uma semana, pois como sua unidade funciona com agendamento de uma semana para outra, com consultas marcadas às sextas-feiras para a semana seguinte, os últimos a chegar conseguirão marcar suas consultas para a quinta ou sexta-feira da próxima semana. Esse sistema funciona para o agendamento de consultas de rotina, para planejar ações programáticas, contudo, para a atenção aos casos agudos, não é resolutivo, visto que, quando a família considera o atendimento médico necessário, nem sempre este estará disponível em sua unidade de referência, sendo necessário o deslocamento à unidade de emergência.

O horário de funcionamento de uma unidade de saúde e a presença de recursos humanos e tecnológicos disponíveis são barreiras organizacionais expressas como característica de organização do serviço que facilitam ou limitam sua utilização<sup>(15)</sup>. Em nosso estudo, percebemos que as famílias procuram o serviço de emergência mais frequentemente do que a unidade de saúde, por considerar que seu sistema de atendimento, por meio de distribuição de fichas diárias ou semanais, não corresponde às suas expectativas.

A conveniência do horário de funcionamento dos serviços, o tempo de espera para ser atendido, o tipo de



profissional disponível (especialidade, idade, gênero), a existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e a qualidade técnica do cuidado são características organizacionais que podem impactar o acesso<sup>(15)</sup>.

Houve tempo de espera e foi necessário falar com diversos profissionais para conseguir o atendimento: *Fui às 5h para pegar a ficha, fiquei até 7h para marcar, daí busquei a minha mulher. Chegamos em casa às 10h30, (demorou) das 5h às 10h30. Primeiro com o guarda que entregava a senha, depois com a mulher que marcava a ficha* (EA2). O tempo de demora para ser atendido é considerado uma barreira de acesso. Nesse caso, a média de espera entre conseguir a ficha de atendimento e efetivamente ser atendido foi de aproximadamente cinco horas. O primeiro contato se deu com o guarda patrimonial, que é quem distribui as senhas por ordem de chegada e depois a distribuição de fichas é realizada pelo pessoal administrativo, às sete horas da manhã, quando abre a unidade que agenda as consultas diariamente. Aquela que faz o agendamento semanal informa à população que procure a unidade em busca de fichas de consulta somente na sexta-feira.

Para os profissionais de saúde a organização do serviço, em relação à acessibilidade é avaliada da seguinte forma: *Às vezes elas (mães) conseguem rápido, mas às vezes eu sei que elas têm dificuldade. Elas passaram no balcão, daí falam com um, falam com outro, passam para a assistente social, porque para mim chega a fichinha. Às vezes elas reclamam, porque a marcação de consulta aqui é só na sexta, então às vezes já esgotou o número de consultas, aí não tem vaga, então eu sei que é difícil. Se vier no dia, de manhã e ficar ali esperando eles (pais) conseguem a consulta, mas às vezes parece que eles (profissionais) dificultam um pouco, dependendo do dia e da vontade, às vezes não consegue ou dependendo da vontade mandam embora* (EP3).

O relato remete as lacunas no acolhimento e na humanização do serviço, indicando que nem sempre a pessoa consegue agendar seu atendimento, dependendo da "vontade" de quem está na recepção. Assim, o acesso ao serviço não ocorre somente no sentido de chegar à unidade facilmente, mas também de conseguir a atenção à saúde buscada. Dessa forma, práticas pouco receptivas,

demonstradas tanto por comunicação verbal quanto não verbal, tornam-se atos de desumanização do cuidado.

Os profissionais reafirmam a percepção da família em relação às consultas de rotina, pois a agenda é única, em algumas situações, o próprio pediatra solicita o retorno da criança para nova avaliação, mas o familiar precisa reagendá-la. Por outro lado, nos serviços de emergência, cujo foco é o primeiro atendimento em urgências, alguns dos profissionais, mesmo com tempo reduzido para o atendimento (em média cinco minutos por consulta), orientam as famílias a retornarem com a criança para avaliação da terapêutica instituída, informando quando estarão novamente atendendo ali: *Daí eles falam, quinta-feira à noite você retorna no PAC, às 19h30, daí a pessoa vem, doutor fulano de tal pediu para voltar, retorno* (EP7).

Embora o profissional manifeste que procura não criar vínculo com o usuário pode ocorrer o contrário, de forma pontual, não como regra de funcionamento do serviço. Não que isso seja um problema, mas se a APS funcionasse como reguladora do fluxo e contra-fluxo dos pacientes, após o primeiro atendimento na crise aguda de uma doença, esse usuário deveria retornar à UBS para a sequência do cuidado, para a prevenção de novos agravos.

Sobre esse aspecto, estudo argumenta que os problemas na organização do sistema de referência e contra-referência são graves nas UBS, pois nelas a regra é o encaminhamento de pacientes a outros profissionais e serviços por meio de solicitação de procedimento, porém sem garantia de atendimento. O retorno desse processo para as unidades de origem raramente acontece, revelando a fragilidade de obtenção desse atributo da APS, pois quando o retorno é feito, geralmente é por iniciativa do próprio paciente<sup>(15)</sup>.

Para compreender o caminho percorrido pelas famílias em busca de atendimento à criança doente, observamos a quantidade de vezes que uma mesma criança foi levada a uma unidade de saúde variando de uma até três vezes, culminando em agravamento do

quadro respiratório, ocasionando a hospitalização. O intervalo entre as consultas variou de três no mesmo dia a uma por dia em três dias: *Três vezes que eu fui ao PAC, daí eu fui lá (na UBS), daí eu voltei no PAC (EA2). Uma vez no posto, duas vezes no PAC e daí aqui no hospital (EA8).*

Os profissionais confirmam a procura por atendimento de uma mesma criança mais de uma vez no mesmo dia, em serviços diferentes ou no mesmo serviço, com outro profissional ou com o mesmo, em função da piora de algum sintoma: *Muitas vezes a mãe passa num profissional de manhã, passa em outro à tarde, ai vai à outra UBS, muitas vezes por falta de orientação, porque a criança chega aqui com uma infecção na garganta e a mãe por não entender, acha que tomou a medicação, vai fazer efeito instantâneo. Explicamos que antibiótico às vezes demora 72 horas para fazer efeito, por isso que ela leva dipirona, paracetamol, para controlar a hipertermia, que precisa respeitar esse intervalo (EP4).*

A APS não atua como reguladora dos serviços de saúde, quem tem feito funcionar o fluxo do atendimento de saúde dos cidadãos do município é o serviço de emergência, pois é a partir dele que as crianças são encaminhadas para hospitalização. Fluxo este que é de mão única, do ambulatório da emergência para o hospital, mas não deste para a UBS, a fim de proporcionar a continuidade do cuidado.

Muitas vezes as práticas de saúde encontram-se limitadas para a oferta de atenção integral face à ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais. Assim, a obtenção de boas práticas não altera a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, predominando o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé do médico que realiza consultas com apoio diagnóstico, equipamentos e medicamentos<sup>(16)</sup>.

Ainda, o estudo traz que o acesso aos serviços básicos de saúde apresenta-se limitado em três aspectos principais: o primeiro refere-se à baixa capacidade de integração entre as equipes da APS, naquilo que se refere

ao planejamento e programação das unidades, resultando na reprodução e/ou manutenção do modelo centrado no médico e em tecnologias de prevenção, tratamento e cura das doenças; o segundo diz respeito à desintegração entre as equipes da APS, tornando vulneráveis a continuidade e integralidade da atenção, sem referência e contra-referência, no plano da informalidade, tendo as ACS como porta-vozes das ações programáticas e o restante da equipe nas unidades realizando ações dirigidas aos programas de forma isolada e verticalizada; e o terceiro limite é verificado na pouca capacidade das equipes da UBS em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas para potencializar suas relações e a integração com outros setores do governo e da sociedade, visando modificar condições de vida e saúde, para além de ações educativas individuais<sup>(16)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atributo da APS como acesso de primeiro contato de crianças com problema respiratório prevê que o indivíduo consiga chegar facilmente a uma unidade básica de saúde, sem barreiras que o impeçam de estar fisicamente no local escolhido, que tenha seu problema resolvido naquele âmbito, ou seja, sua demanda por cuidado será atendida ou na ausência de resolutividade, que consiga ser encaminhado para outro nível do sistema de saúde. No município do estudo, como a APS não está sendo praticada como porta de entrada do sistema de saúde, tal qual sua concepção, a orientadora do fluxo no sistema tem sido a unidade de emergência.

Isso representa problemas para as crianças, que têm atenção à saúde apenas para sua demanda espontânea numa situação de crise, regulada por um conjunto de normas organizativas que muitas vezes impedem o acesso. As ações programáticas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o cuidado de uma doença crônica, as ações de programas de saúde não encontram espaço diante de uma agenda

de consultas para atendimento de casos agudos, limitando o acesso.

É preciso repensar o papel da APS como organizadora do fluxo de atendimento, com foco no acolhimento, no trabalho em equipe, na coordenação das

ações, no ordenamento do fluxo da atenção, na longitudinalidade do cuidado, com ênfase na família e orientação comunitária, para mudar a lógica estabelecida de procedimentos centrados no médico, ampliando as possibilidades de cuidado para as crianças e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO; 1978.
2. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
3. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Renovação da Atención Primaria em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington DC: OPAS; 2007.
5. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev Saúde Pública. 2008; 42(6):1041-52.
6. 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):268-77.
7. Cardoso AM. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de saúde pública. [editorial]. Cad Saúde Pública. 2010; 26(7):1270-1.
8. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. 2009; 18(supl. 2):11-23.
9. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8):1649-59.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atención em Saúde, Departamento de Atención Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília : Ministério da Saúde; 2010 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Langdon EJ. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: Anais da Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95 [Citado 2009 mar. 18] Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>>.
13. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. Rev Rene. 2008; 9(2):120-8.
14. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. (Orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 215-243.
15. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. 2010; 26(4):725-37.
16. Sousa MF. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm. 2008; 61(2):153-8.

Recebido:28/07/2011

Aceito: 26/02/2012