

## Artigos originais

# Redes de atenção à saúde: o papel da equipe de saúde da família na perda auditiva infantil

*Health care networks: the role of the family health team in child hearing loss*

Jullyane Florencio Pachêco da Silva<sup>(1)</sup>

Cleide Fernandes Teixeira<sup>(1)</sup>

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima<sup>(1)</sup>

Cynthia Maria Barboza do Nascimento<sup>(1)</sup>

Fabiana de Oliveira Silva Sousa<sup>(2)</sup>

Silvana Maria Sobral Griz<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

<sup>(2)</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz – CPqAM/ Fiocruz – Recife (PE), Brasil.

Fonte de auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

Pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Recebido em: 21/03/2017  
Aceito em: 12/07/2017

**Endereço para correspondência:**  
Jullyane Florencio Pachêco da Silva  
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 -  
Cidade Universitária  
Recife, Pernambuco, Brasil  
CEP: 50670-901  
E-mail: jullyanepacheco@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** compreender a atuação em rede da equipe de saúde da família diante da perda auditiva infantil.

**Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa a partir do estudo de caso. A coleta de dados consistiu na realização de três grupos focais com as equipes de saúde da família do distrito sanitário IV, no município de Recife. Os dados foram analisados pela condensação de significados.

**Resultados:** a maioria dos profissionais desempenham suas funções de modo individualizado, o que pode fragilizar a assistência integral à saúde. Associados a isso, a falta de articulação com os demais níveis de complexidade para atender as diversas ações requeridas pela equipe impossibilita o cuidado contínuo da criança.

**Conclusão:** a organização das equipes e suas relações com outros serviços assistenciais são envoltas por fragilidades que tornam a assistência pouco efetiva no que diz respeito à saúde auditiva.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Cuidado da Criança; Perda Auditiva

## ABSTRACT

**Purpose:** to understand the network performance of family health staff on child hearing loss.

**Methods:** a qualitative case-study research. Data collection consisted in three focus groups of family health staff from district IV in the city of Recife. Data were analyzed by meaning condensation.

**Results:** most professionals perform their functions individually, which might weaken the comprehensive health care. Additionally, the lack of interaction with other complexity levels to meet the various actions and the absence of counter-reference required by the staff prevents the child's ongoing care.

**Conclusion:** the teams' organization and their relationships with other health care services are surrounded by weaknesses that make assistance ineffective regarding hearing health.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Child Care; Hearing Loss

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por realizar ações “no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”<sup>1</sup>. Estas ações são consolidadas pelas equipes atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As equipes de saúde da família têm por função, no que diz respeito à assistência à criança, promover atenção à gestante e ao recém-nascido, acompanhar os marcos de crescimento e desenvolvimento infantil e estar atenta às doenças prevalentes na infância<sup>2</sup>.

Dessa forma, toda a equipe precisa identificar e abordar as diversas alterações do crescimento, referenciando as crianças a outros níveis assistenciais para diagnóstico e intervenção<sup>2</sup>, auxiliando na identificação da perda auditiva o mais cedo possível.

A perda auditiva se configura como um dos principais distúrbios que podem vir a interferir no desenvolvimento da linguagem e da fala, o que acarretaria limitações na comunicação efetiva e na interação social da criança<sup>3</sup>. No Brasil, estima-se que aproximadamente três a cinco por 1000 recém-nascidos apresentam perda auditiva, aumentando para dois a quatro em cada 100 nascimentos quando provenientes de Unidade de Terapia Intensiva<sup>4</sup>.

A soma dos olhares profissionais que integram as equipes de saúde da família é um fator facilitador para assistência integral à criança e a seus familiares, o que ocasiona um maior impacto sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença<sup>5</sup>.

Outro fator importante é o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que amplia o número de profissionais e proporciona um maior alcance e eficiência da APS. A equipe do Nasf deve ser composta por diferentes profissionais, para atuarem de forma conjunta com as equipes de saúde da família, mediante o apoio matricial, compartilhando as práticas em saúde<sup>6</sup>.

Na organização das redes integrais de saúde, a APS é definida como ordenadora e coordenadora do cuidado, a partir não mais da diretriz da hierarquização dos serviços, mas pela posição de centro de comunicação dessas redes<sup>7</sup>.

Evidentemente, a atuação integrada entre Nasf e equipes de saúde da família deve ter como suporte a atenção especializada e alta complexidade, de forma que o Nasf seja um potencializador da rede de atenção

a saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica<sup>6</sup>.

A construção de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho das equipes Nasf, por isso, a criação de espaços internos e externos de discussão é tão importante para fortalecer as ações de apoio à Saúde da Família, ampliando assim, a resolutividade da APS e reduzindo os encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais<sup>8</sup>.

Tendo em vista que a equipe precisa de integração no desempenho de suas funções; de conhecimento para identificar as diversas alterações do crescimento; de uma rede de atenção que atenda as suas demandas, o presente estudo teve como objetivo compreender a atuação da equipe de saúde da família diante da perda auditiva infantil nas redes de atenção à saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo a partir do estudo de caso, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco/Centro de Ciências da Saúde - UFPE sob o parecer 532.851/2014.

A pesquisa foi realizada em três Unidades de Saúde da Família (USF) do distrito sanitário IV, no município de Recife. As unidades foram selecionadas mediante sorteio, de modo a contemplar cada microrregião do distrito em questão.

A partir das USF sorteadas, selecionaram-se três equipes de saúde da família, uma por unidade, tendo como critério de inclusão as equipes completas, ou seja, as que continham médico de família, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), e com disponibilidade de horário em participar. Além disso, os estudantes estagiários que estavam nas unidades e quiseram participar dos grupos foram aceitos.

A coleta de dados consistiu na realização de grupos focais. Esta técnica promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico a partir da interação grupal, gerando influências múltiplas aos participantes<sup>9</sup>. A composição dos grupos variou entre oito a dez pessoas, contendo pelo menos um representante de cada categoria profissional, com duração entre 93 a 108 minutos.

Cada equipe foi questionada quanto à conduta adotada diante de três casos clínicos previamente elaborados, visando obter informações de acordo

com o objetivo da pesquisa. Os casos versavam sobre uma criança de até um ano de idade que não reagia à estimulação sonora; o relato de uma mãe quanto ao vocabulário pobre e à fala ininteligível de sua filha de três anos de idade; o desempenho escolar fraco, trocas entre fonemas e queixa de dor de ouvido de uma criança com cinco anos de idade.

Os grupos foram conduzidos por duas pesquisadoras: uma mediadora, que possui vasta experiência na metodologia utilizada, com função de iniciar, motivar, gerar a discussão entre os participantes; e uma observadora e operadora de gravação, responsável por analisar o processo de condução do grupo e manusear o equipamento de gravação.

A reunião com cada equipe ocorreu em dia e horário combinado com os colaboradores, sendo realizadas visitas prévias as USF no sentido de estimular a presença de cada um e estabelecer uma relação de confiança entre os participantes e as pesquisadoras.

Antes de iniciar os grupos, a mediadora criou um ambiente de conforto, dispondo os participantes em círculo. Essa disposição permite um bom contato

visual, conseqüentemente, uma melhor interação dos participantes<sup>10</sup>, além de facilitar o registro das reuniões, que foram audiogravadas em um mp4 *player*. Em seguida, o objetivo da pesquisa foi esclarecido, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, e os casos clínicos apresentados, deixando livres as colocações dos participantes.

As falas foram transcritas e qualificadas tomando por base o modelo de análise de entrevistas do tipo condensação de significados<sup>11</sup>, por se adequar aos propósitos do estudo e permitir compilar os discursos sem perder a essência do conteúdo. Após uma leitura minuciosa, foram determinadas as unidades de significados e definidos os temas centrais a serem descritos com os recortes das falas das equipes.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, adotaram-se siglas referentes às iniciais de cada profissão, seguida pela letra que indica a microárea da equipe e o número de ordem sequencial, de acordo com a fala de cada profissional. O seguimento adotado na identificação de cada microárea não está relacionado à ordem apresentada pelo distrito sanitário IV (Figura 1).

PROFISSIONAIS	MICROÁREA A	MICROÁREA B	MICROÁREA C
Médico	MedA	MedB	MedC
Enfermeiro	EnfA	EnfB	EnfC
Técnico de enfermagem	TecA	TecB	TecC
Agente Comunitário de Saúde	AcsA1	AcsB1	AcsC1
	AcsA2	AcsB2	AcsC2
	AcsA3	AcsB3	AcsC3
	AcsA4	AcsB4	AcsC4
		AcsB5	AcsC5
Estagiárias / Estudantes	EstA (Medicina)	EstB (Enfermagem)	EstC1 (Enfermagem)
			EstC2 (Enfermagem)
TOTAL	8	9	10

**Figura 1.** Distribuição profissional e codinomes dos participantes da pesquisa por microárea (N = 27)

## RESULTADOS

A atuação das equipes de saúde da família diante da perda auditiva infantil nas redes de atenção à saúde foi analisada a partir das categorias: 1. Atuação da equipe em rede; 2. Aspectos desfavoráveis para o desempenho das ações da equipe de saúde da família. Dentro dessas categorias principais, foram exploradas outras subcategorias (Figura 2).

### 1. Atuação da equipe em rede

Na descrição dos resultados desta categoria, foram exploradas as seguintes subcategorias: a equipe no atendimento; a relação ESF versus Nasf; a relação ESF versus outros níveis de complexidade.

Quando questionados sobre qual a conduta adotada em cada caso clínico apresentado, pode-se observar como ocorre a atuação dos profissionais em

Categorias chave	Subcategorias
Atuação da equipe em rede	A equipe no atendimento Relação ESF <i>versus</i> Nasf Relação ESF <i>versus</i> outros níveis de complexidade
Aspectos desfavoráveis para o desempenho das ações da equipe de saúde da família	Inexistência do processo de contrarreferência Educação permanente insuficiente

**Figura 2.** Distribuição das categorias e subcategorias de análise

equipe. Na maioria das equipes de saúde da família, foi possível notar que os profissionais desempenham suas funções de modo individualizado.

A ACS da microárea A, quando identifica uma criança com possível perda auditiva durante as visitas domiciliares, direciona o caso para a médica da unidade, ao passo que a médica (MedC) ou enfermeira (EnfA), quando identificam em seus atendimentos rotineiros, solicitam apoio do Nasf ou referenciam para outro nível de complexidade.

Eu mando ela vir aqui na unidade pra marcar uma consulta e a doutora identificar o que é que está acontecendo (AcsA3).

[...] Quando eu identifico, eu já encaminho automaticamente para fono do Nasf pra ela fazer avaliação (EnfA).

Quando eu identifico, eu encaminho para o otorrino (MedC).

Apenas a equipe da microárea B demonstrou possuir maior integração e atuação conjunta e interprofissional. Foi relatado que as consultas médicas e de enfermagem podem acontecer de modo compartilhado, que os casos são discutidos em equipe e todos os envolvidos são escutados. A partir disso é que são decididos os direcionamentos das ações.

[...] a partir do momento que a gente identificasse o caso ou suspeitasse de um caso desses, nós iríamos direcionar para equipe (AcsB2).

[...] ou até mesmo falar diretamente com a fono do Nasf pra gente tirar alguma dúvida e agendar uma visita compartilhada com ela, porque ela teria condições de avaliar melhor do que a gente (AcsB1).

A princípio faria a consulta compartilhada. Com certeza eu bateria na porta do médico dizendo o que foi identificado (EnfB).

A gente discutiria em equipe, com certeza iria solicitar o apoio do Nasf pra definir a melhor conduta, confirmando que seria um problema de audição, né? Depois conversar com a família se a criança já tá em outros espaços de socialização. Ver uma creche, ver uma escola, enfim, ao identificar veria qual seria o melhor lugar (MedB).

Quanto à relação com o Nasf, todas as equipes aludiram de modo amplo ao fácil acesso e ao bom relacionamento. No que diz respeito às questões auditivas e de fala, percebeu-se uma maior proximidade das equipes, pois existe um Fonoaudiólogo no Nasf.

Ficou claro, em todas as equipes, a vinculação e o reconhecimento da importância desta integração, apesar de se evidenciar que essa perspectiva ainda está sendo trabalhada, para uma resolutividade maior e mais rápida em determinados casos.

Sobre como acionar o Nasf, a gente dispõe do telefone deles. A gente vem se falando muito, procurando fazer essa integração. [...] uma vez por mês eles estão aqui com a gente. Muitas vezes a gente liga diretamente pra fono. É fácil esse acesso (MedB).

A inserção do Nasf foi excelente. Aumentou muito a resolutividade pra essas questões (MedA).

Antes a gente encaminhava para os especialistas e, assim, demorava muito [...] Então, tem o Nasf aqui, a gente pode mandar a criança na mesma hora. Como eles estão aqui a semana inteira, a enfermeira faz a puericultura, aí atende, avalia e já manda. A médica estando aqui, ela aí já vai e ajuda. É mais resolutivo [...] (TecA).

A equipe da microárea C que não foi contemplada com este profissional no Nasf relatou que, se precisassem, solicitariam apoio do Fonoaudiólogo de outro núcleo, mas que seria difícil a obtenção.

Eu sei que é difícil demais de conseguir, mas, assim, [...] eu iria pedir que o Nasf vizinho pudesse me ajudar neste sentido. Porque, assim, o Nasf também tem esse papel de organizar e tentar junto com a saúde da família resolver (EnfC).

Quando as equipes foram indagadas sobre a relação com outros níveis de complexidade, observou-se que existem os encaminhamentos para os serviços de referência específicos e que algumas unidades podem contar com o auxílio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para a marcação das consultas. Mas, dependendo da especialidade, esse acesso às consultas ainda é demorado. Muitas vezes os pacientes são orientados a procurar a emergência.

A gente tem o sistema de regulação de marcação de consultas. A gente prepara o encaminhamento e na própria unidade tem um regulador que faz a marcação de nossas consultas e já agenda e o ACS informa. Quando não tem, a própria central de regulação ela tenta achar um especialista pra atender aquela situação (MedC).

Marcar pra otorrino sempre demora um pouquinho (AcsC4).

Muitas vezes a gente orienta até ir pra emergência de otorrino, porque realmente demora muito (EnfC).

As equipes relataram também os impasses em realizar a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), já que muitas crianças ainda saem da maternidade sem realizar o teste.

O acesso não é fácil. A maioria é pra quem nasce no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e já tem marcado o teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho. Agora quando nasce em outro local é mais complicado (TecA).

O acesso ao Hospital das Clínicas tá sendo praticamente impossível. Antigamente a gente tinha a opção de pegar o encaminhamento médico e fazer a marcação, agora não pode de jeito nenhum. O encaminhamento tem que proceder do profissional do próprio hospital (AcsB2).

Em contrapartida, apenas a enfermeira da equipe da microárea C afirmou ter tido a experiência de realizar um encaminhamento e conseguir marcar o teste por meio da Central de Regulação. A experiência

foi recente e nenhum membro da equipe tinha conhecimento dessa possibilidade, sendo encarada como surpresa.

[...] eu fiquei abismada de ter conseguido agora, porque eu mesma solicitei via SISREG e foi aceita a minha solicitação. E quem me disse que tinha regulação do ambulatório de teste da orelhinha foi um usuário. Não veio ninguém da gestão avisar isso aqui pra gente não (EnfC).

Outra questão relatada pela ACS da microárea C foi a possível dificuldade em se conseguir um aparelho auditivo, caso a criança necessite.

Você vê que muitos precisam de aparelho, mas o acesso ao aparelho auditivo na rede [...] é muito complicado. Tem o IMIP que dá, mas pra você chegar até o aparelho do IMIP tem toda uma burocracia, uma demora (AcsC1).

## 2. Aspectos desfavoráveis para o desempenho das ações da equipe de saúde da família

Nessa categoria, foram analisadas a inexistência do processo de contrarreferência e a insuficiente educação permanente em saúde voltada para a audição.

Todas as equipes relataram a inexistência do processo de contrarreferência por parte dos outros profissionais, o que dificulta o acompanhamento da criança na unidade. O único retorno que a equipe obtém sobre as especialidades é a partir do próprio paciente, que, na maioria das vezes, não sabe informar com detalhes e precisão o que foi realizado e definido no atendimento especializado.

Não tem contrarreferência. Nunca existiu de nenhum profissional, nem fonoaudiólogo nem otorrino (EnfC).

A gente não tem aquela contrarreferência formal, que é uma coisa que reclamo há mais de 10 anos, mas a gente acaba sabendo de algo porque a família vem e conta (MedA).

Mas às vezes não sabe nem dizer o que foi que foi definido (EnfC).

[...] se pelo menos fosse contrarreferenciado pra gente, a gente teria como acompanhar essa criança, saber qual o tratamento que tá sendo

empregado pra ela, pra ver no que podemos ajudar aqui (MedB).

A educação permanente em saúde também surge nas equipes como uma ação necessária para que os profissionais reconheçam alguma alteração e saibam para quem e onde encaminhar, oferecendo suporte à família e acompanhando a saúde da criança, a fim de que consigam promover, prevenir e reabilitar a saúde auditiva de forma efetiva.

Nunca tive e nunca recebi nenhuma educação permanente pra isso (MedB).

[...] um treinamento maior na saúde auditiva para os profissionais de saúde da família pra detecção desse problema seria bom. A gente tá sempre atento, mas falta um pouco mais de técnica pra gente, sabe? (MedA).

Os profissionais deveriam ter um treinamento constante. Porque, assim, [...] a gente não vai lembrar e nem vai ser sempre a mesma coisa pro resto da vida (EstB).

Apenas uma estudante (EstB) citou a formação em Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como forma de guiar sua prática profissional. Os demais profissionais da equipe disseram ter feito esse curso, mas há anos. Além disso, no que diz respeito à atenção à saúde auditiva, a formação deixa a desejar.

[...] hoje a gente já tem uma formação complementar, que é o AIDPI, voltada pra puericultura, que fala os sinais e sintomas da criança. Então, assim, você sabe direcionar o seu tratamento, o seu diagnóstico [...] (EstB).

Eu tenho AIDPI, mas eu fiz há 10 anos. Então, assim, é algo que se você me perguntar hoje, eu vou lembrar de pouquíssimas coisas (AcsB3).

Em relação a essa formação, eu também tenho. Mas era mais, assim, em relação à secreção, né? Não fala de som, fala? Avaliação sonora? (EnfB).

## DISCUSSÃO

Foi possível observar que, na maioria das equipes estudadas, os profissionais desempenham suas funções de modo individualizado. Apenas uma equipe mostrou sua integração e atuação de modo

interprofissional, reafirmando a importância dessa integração para construir e fortalecer uma linha de cuidado para os usuários.

Um estudo realizado em Minas Gerais, com os profissionais das equipes de saúde da família, equipes de apoio e com os gestores dos municípios, totalizando 48 sujeitos, também mostra que, muitas vezes, as práticas integrais em saúde não são contempladas. Cada profissional realiza a sua função de forma isolada, pouco interativa e pouco articulada<sup>12</sup>, com repercussão na qualidade do cuidado prestado em saúde.

A fragmentação deprecia a assistência ao indivíduo<sup>13</sup>. Faz-se necessária a aproximação dos integrantes da equipe para que as ações sejam exercidas sob o ponto de vista da integralidade<sup>14</sup>. A integração da equipe busca a horizontalidade das diversas profissões e possibilita autonomia e criatividade de todos os envolvidos. As ações devem ser construídas coletivamente, promovendo o compartilhamento dos diversos saberes e práticas<sup>15</sup>.

A identificação das crianças com possível perda auditiva, como demonstrado nos relatos das equipes, pode ser realizada durante as visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde ou nas consultas médicas e de enfermagem. A atenção da equipe para a criança deve ocorrer em qualquer oportunidade de cuidado que surgir, seja durante os atendimentos na unidade de saúde, no domicílio ou nos espaços sociais, como creches e escolas<sup>16</sup>.

O Agente Comunitário de Saúde possui um papel importante no processo de trabalho, pois é por meio do contato constante e de sua proximidade com a comunidade que haverá o levantamento dos problemas de saúde e, conseqüentemente, o repasse à equipe em busca de soluções<sup>17</sup>.

Apenas uma equipe relatou que possui em sua prática assistencial a realização de consultas médicas e de enfermagem de modo compartilhado, quando necessário. Isso demonstra que os profissionais percebem o exercício da integralidade nas atividades desenvolvidas e afirmam a importância do trabalho conjunto na atenção à criança e à família<sup>12</sup>.

Em relação ao suporte oferecido pelos profissionais do Nasf, todas as equipes relataram possuir boa integração. O Nasf, de fato, foi criado na perspectiva do matriciamento, auxiliando as equipes de saúde da família na prática do trabalho em equipe e ampliando o número de profissionais, acarretando um maior alcance da APS<sup>6</sup>.

Foi possível observar que as equipes de saúde da família que possuíam Fonoaudiólogo no Nasf tinham um maior suporte em relação às questões auditivas e de fala, diferentemente da que não possuía e necessitaria solicitar apoio ao Nasf adjacente.

Um estudo no município de Sobral verificou que após a inserção da Fonoaudiologia na ESF houve um aumento significativo do número de encaminhamentos para o teste da orelhinha e exames realizados. A presença do fonoaudiólogo mostrou-se fundamental no acompanhamento e monitoramento do diagnóstico precoce das alterações auditivas, propiciando melhoria na qualidade de vida das crianças no município<sup>4</sup>.

O processo de trabalho entre as equipes de saúde da família e Nasf, que tem por base o matriciamento, amplia as possibilidades da construção do projeto terapêutico singular, sem criar percursos intermináveis de encaminhamento, compondo as ações em rede. Através do matriciamento, busca-se a “reordenação do trabalho em saúde, segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipes (ESF e Nasf) e usuários e da interdisciplinaridade das práticas e dos saberes”<sup>18</sup>.

Nesse arranjo, as equipes de saúde da família recebem o suporte de cada núcleo profissional que compõe o Nasf para compartilharem o cuidado longitudinal dos usuários e famílias dentro da rede de saúde do município e/ou outros serviços locais, tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), centros de reabilitação, redes sociais e comunitárias, entre outros<sup>8</sup>. Importante frisar que o NASF deve tomar como princípio estruturante do seu trabalho a integralidade do cuidado aos usuários e utilizar uma concepção ampliada da clínica no seu cotidiano de pensar e fazer saúde<sup>6</sup>.

Nessa atuação integrada, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma co-responsabilizada com as equipes de saúde da família e os outros equipamentos/serviços (saúde, educação, esporte, cultura, etc.) presentes no território<sup>19</sup>.

Quando questionados sobre a relação da ESF com outros serviços, foi relatado que, ao necessitar dos demais níveis de complexidade, as equipes contam com um sistema de marcação de consultas. O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) foi criado no intuito de gerenciar todo complexo regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, ao maior controle do fluxo e à otimização

na utilização dos recursos. O regulador é responsável pelas solicitações de atendimento, processamento e agendamento de consultas<sup>20</sup>.

Porém, ainda assim, dependendo da especialidade, o acesso às consultas ainda é limitado. A consulta especializada em otorrinolaringologia é mencionada como uma das mais difíceis para realizar marcação. Além disso, dependendo do caso, muitas vezes os pacientes são orientados a procurarem o serviço de emergência devido à demora.

As equipes relataram que o acesso à realização da TAN ainda é elementar, restrito a crianças que nasceram em determinado hospital, com menção por parte dos profissionais da saúde que é praticamente impossível conseguir agendar a triagem. Esse acesso restrito a outras especialidades delonga ainda mais o diagnóstico da perda auditiva e, conseqüentemente, a adoção de medidas de intervenção<sup>21</sup>. Em 2014, o Ministério da Saúde relatou que a cobertura do teste da orelhinha era baixo, cerca de 33%, e estimou que em 2017 as maternidades estariam equipadas, com fluxos de cuidados estabelecidos e cobertura de 100%<sup>22</sup>. Mas, essa realidade ainda está distante.

Ressalta-se que os serviços assistenciais não devem funcionar de forma isolada, sendo os mesmos corresponsáveis pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas<sup>23</sup>. A assistência integral compreende a continuidade do cuidado, além do sistema de referência e contrarreferência<sup>24</sup>.

Só é possível se inteirar dos procedimentos adotados por meio do próprio paciente, que, na maioria das vezes, não sabe informar com detalhes e precisão o que foi realizado e definido. As equipes informaram que, ao referenciar as crianças a outros níveis de complexidade, não recebem uma contrarreferência formal das demais especialidades, o que também é relatado em outro estudo<sup>25</sup>.

A educação permanente também surge no debate. A equipe a descreve como ação necessária para que se promova, previna e reabilite de forma efetiva as alterações auditivas<sup>26</sup>. Apenas uma estudante comentou sobre a formação em AIDPI, como forma de embasar os seus procedimentos.

No que diz respeito à atenção à saúde auditiva, a abordagem está voltada aos problemas de ouvido devido às infecções, não considerando os aspectos de alteração de comportamento, desenvolvimento da fala e da linguagem, por exemplo, o que facilitaria na identificação das alterações do crescimento e desenvolvimento por parte de toda a equipe. Um

dos aspectos abordados na AIDPI é “como avaliar e classificar os problemas de ouvido”. Contudo, como bem questionada pela enfermeira, essa atividade não contempla todo universo referente a complexidade do enfrentamento das alterações auditivas <sup>26</sup>.

A limitação do presente estudo consiste em possuir uma amostra não probabilística, que se refere a três USF de um distrito sanitário, tornando as inferências restritas ao contexto da equipe. A fim de confirmar os achados deste estudo, outras pesquisas precisam ser realizadas com uma população maior e em outras regiões.

## CONCLUSÃO

A organização das equipes e suas relações com outros serviços assistenciais são envoltas por fragilidades que tornam a assistência pouco efetiva no que diz respeito à saúde auditiva. A maioria dos profissionais das equipes de saúde da família desempenha suas funções de modo individualizado, o que pode depreciar a assistência integral à saúde.

Além disso, observou-se que algumas equipes podem contar com o SISREG para facilitar a articulação da APS com outros níveis assistenciais. Mas, ainda assim, dependendo da especialidade, esse acesso às consultas ainda é restrito. Quanto à contrarreferência, ressaltou-se que esse processo não existe, o que impede uma melhor continuidade do cuidado da criança.

Todas as equipes referiram possuir um bom relacionamento com o Nasf. No que diz respeito às questões auditivas e de fala, percebeu-se uma maior proximidade das equipes devido à presença do Fonoaudiólogo. Isso reitera a importância da inserção desse profissional na APS para oferecer suporte técnico às questões não só de linguagem e audição, mas, também, voz, disfagia e motricidade orofacial. Esta integração Nasf-ESF ainda está sendo trabalhada para proporcionar uma resolução maior e mais rápida no compartilhamento dos casos.

Destaca-se a necessidade de melhor percepção dos profissionais quanto à integração de suas práticas, como forma de proporcionar uma assistência de qualidade; ações de educação permanente em saúde para todos os profissionais envolvidos; e uma rede assistencial efetiva para garantir uma oferta abrangente de serviços e atender às diversas ações requeridas pela equipe.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Agrawal Y, Platz EA, Niparko JK. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults. *Arch Intern Med.* 2008;168(14):1522-30.
4. Maia RM, Silva MAM, Tavares PMB. Newborn hearing health: speech therapy acting on Family Health Strategy. *Rev. CEFAC.* 2012;14(2):206-14.
5. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013;17(1):133-41.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [cited 2014 Out 17]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
7. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(11):2893-902.
8. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Pires ROM. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Sau & Transf Soc.* 2012;3(1):18-31.
9. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde.* 2011;35(4):438-42.
10. Mazza VA, Melo NSFO, Chieza AM. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Cogitare Enferm.* 2009;14(1):183-8.

11. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publications; 1996.
12. Viegas SMF, Penna CMM. Práticas integras na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa. *Rev Enf Ref*. 2013;10(3):99-108.
13. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2145-54.
14. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):133-41.
15. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1509-20.
16. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):676-80.
17. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente Comunitário de Saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):645-52.
18. Bezerra RSS, Carvalho MFS, Silva TPB, Silva FO, Nascimento CMB, Mendonça SS et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. *Divulg Saúde Debate*. 2010;(46):51-9.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Tschoeke SN, Jacob LCB, Marques JM. Estudo do diagnóstico, etiologia e (re)habilitação do deficiente auditivo em um centro da Região Sul. Tuiuti: *Ciência e Cultura*. 2008;39(1):63-84.
22. Brasil. Ministério da Saúde. SUS já ofereceu mais de 600 mil aparelhos auditivos nos últimos três anos. Brasília; 2014. [cited 2015 jan 06]. Available from: <http://www.blog.saude.gov.br/34696-sus-ja-ofereceu-mais-de-600-mil-aparelhos-auditivos-nos-ultimos-tres-anos.html>
23. Kuschnir R, Lima LD, Baptista TWF, Machado CV. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV. Qualificação dos Gestores do SUS. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.121-51. [cited 2014 dez 23]. Available from: [http://www5.enasp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_484701327.pdf](http://www5.enasp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf)
24. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *R Enferm UFSM*. 2011;1(1):31-40.
25. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):119-25.
26. Melo TM, Alvarenga KF. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(2):280-6.