

ESTRATÉGIAS DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO: A BUSCA PELA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE¹

Fernanda Luisa Buboltz², Andressa da Silveira,³ Eliane Tatsch Neves⁴

¹ Artigo baseado na dissertação - Ações de cuidado da família à criança atendida em Pronto-Socorro Pediátrico a partir do seu universo sociocultural, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 2013.

² Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Pronto-Socorro Pediátrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fernandabuboltz@hotmail.com

³ Doutoranda em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: andressadasilveira@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem PPGEnf/UFSM. Bolsista CNPq. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eliane.neves@ufsm.br.

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou compreender as estratégias de famílias na busca pela assistência em saúde à criança atendida em pronto-socorro pediátrico. Desenvolveu-se a entrevista semiestruturada com doze familiares cuidadores de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico de um hospital de ensino no período de abril a junho de 2013. Os dados foram analisados segundo os pressupostos da análise de conteúdo. Os resultados apontaram que a falta de resolutividade da atenção primária em saúde aumentam a demanda de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Os familiares buscam o pronto-socorro pediátrico como primeira escolha de atendimento, tecendo redes alternativas como estratégia para garantir o atendimento de qualidade a seus filhos. Recomenda-se uma reestruturação dos serviços de saúde, baseada nos atributos da atenção primária em saúde, superando o paradigma atual, centrado na doença e na consulta médica, por outro que considere a integralidade do cuidado à criança e sua família.

DESCRITORES: Família. Enfermagem pediátrica. Saúde da criança.

STRATEGIES FOR FAMILIES OF CHILDREN SERVED IN PEDIATRIC FIRST AID: THE SEARCH FOR THE CONSTRUCTION OF INTEGRALITY

ABSTRACT: This qualitative study aimed to understand the strategies of families in the pursuit of health care for children treated in a Pediatric Emergency Department. Semi-structured interviews were held with twelve family caregivers of children attended in PED at a teaching hospital in the period March-June 2013. The data were analyzed based on the premises of content analysis. Results showed that the lack of problem-solving ability of primary care health services increases the demand for emergency care services. Relatives seek the Pediatric Emergency Department as first choice care, weaving alternative networks as a strategy to ensure quality care for their children. The restructuring of health services is recommended, based on the attributes of primary health care, overcoming the current paradigm, focused on the disease and medical consultation with one that considers comprehensive care for children and their family.

DESCRIPTORS: Family. Pediatric nursing. Child health.

ESTRATEGIAS PARA FAMILIAS DE NIÑOS ATENDIDOS EN PEDIATRÍA DE PRIMEROS AUXILIOS: EN BUSCA DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA INTEGRIDAD

RESUMEN: Se trata de un estudio cualitativo que objetivó comprender las estrategias de las familias en la búsqueda de asistencia de salud a los niños atendidos en un servicio de urgencias pediátricas. Desarrolló entrevistas semi-estructuradas con doce familiares cuidadores de los niños atendidos en Servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital universitario en el periodo abril-junio de 2013. Los datos se analizaron de acuerdo con los supuestos del análisis de contenido. Los resultados mostraron que la falta de resolutividad de los servicios sanitarios de atención primaria aumentan la demanda de la atención en los servicios de atención de emergencia y urgencia. Familiares buscan el SUP como primera opción de asistencia, tejiendo redes alternativas como estrategia para garantizar una atención de calidad para sus hijos. Se recomienda una reestructuración de los servicios de salud, con base en los atributos de la atención primaria de la salud, la superación del paradigma actual, que se centra en la enfermedad y la consulta médica con un que considera una atención integral al niño y su familia.

DESCRIPTORES: Familia. Enfermería Pediátrica. Salud del niño.

INTRODUÇÃO

O acesso dos indivíduos no contato direto ou indireto com os serviços de saúde diz muito a respeito da capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes um direito humano e social, o direito a ter saúde, que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem as necessidades dos usuários.¹

É necessário dar suporte à organização da assistência prestada à população infantil e propiciar que os gestores dos serviços e profissionais identifiquem ações prioritárias para a saúde da criança. As diretrizes para identificação de assistência integral estão pautadas no bom funcionamento dos serviços de saúde da criança em nível local para atingir resultados mais satisfatórios para essa população.²

A criança é considerada como um todo em suas múltiplas relações, e a família deve ser valorizada, assim como o contexto em que a criança vive. Os princípios como acesso aos serviços de saúde e assistência integral são destacados nos diferentes níveis de atenção. Facilitar o acesso e promover a saúde da criança, incluindo o desenvolvimento de ações para prevenir danos e prestar assistência, quando há complicações, pode melhorar a assistência à saúde da criança e, conseqüentemente, a qualidade de vida da mesma.²

Dentre as políticas públicas de atenção à saúde da criança propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se o Programa de Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que incorporou o conceito de integralidade, propondo um modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção (atenção primária - APS), sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde.³

A Política Nacional de Atenção Básica aponta, em suas diretrizes, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a atenção básica como a porta de entrada preferencial da rede de atenção. Esta rede deverá acolher usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.²

Porém, os serviços de atenção à saúde criança, em especial os serviços de atenção primária, ainda não desenvolvem os seus atributos em sua totalidade conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e assim não absorvem as necessidades de saúde da população infantil. Estes atributos con-

system em: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.⁴

Diante dessa realidade, as famílias das crianças procuram os serviços de atenção terciária na busca por resolução dos problemas de saúde de baixa e média complexidade. Estudo desenvolvido em 2012 no Pronto-Socorro Pediátrico (PS-Ped), cenário desta pesquisa, apontou que uma demanda de atendimentos com 97% de ações próprias da atenção primária e secundária em saúde.⁵

No serviço de PS-Ped, receptor de diferentes casos de problemas e agravos em saúde, os profissionais de saúde, além de atenderem situações de extrema gravidade que extrapolam a capacidade resolutiva dos serviços, têm a dificuldade da constituição de redes de apoio em saúde necessárias para garantir o acesso universal dos usuários, em prol da integralidade do cuidado.⁶ Devido a isso, as salas de observação, que se destinam à permanência temporária dos pacientes, acabam se tornando unidades de internação sem infraestrutura e recursos humanos, interferindo na qualidade do atendimento.⁶

Diante do desafio da construção da integralidade, este estudo apresentou-se como uma proposta para desvendar a forma como as famílias de crianças em atendimento no PS-Ped se organizam e desenvolvem ações e estratégias na busca pelo atendimento durante o processo saúde/doença.

A partir da compreensão das dificuldades que enfrentam os usuários dos serviços de atenção à saúde da criança, será possível traçar estratégias para melhorias dos serviços em todos os níveis de atenção, baseadas nos atributos da APS.

Diante do exposto, objetivou-se compreender as estratégias de famílias na busca pela assistência em saúde à criança atendida em pronto-socorro pediátrico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da entrevista semiestruturada. O cenário do estudo foi o PS-Ped de um hospital de ensino de alta complexidade credenciado ao SUS. Esse serviço recebe crianças que realizam tratamento em saúde de todos os níveis de complexidade e constitui-se na principal via de acesso para os atendimentos pediátricos de urgência e emergência. O serviço é composto por pediatra e equipe de enfermagem que prestam atendimento 24 horas.

Os sujeitos foram familiares cuidadores de crianças que receberam atendimento da equipe de saúde na unidade, selecionados a partir das fichas de atendimento das crianças. Foram inclusos no estudo familiares cuidadores de crianças em atendimento no PS-Ped do hospital. E excluídos os familiares cuidadores que apresentaram limitações cognitivas e/ou emocionais para participar da entrevista; familiares das crianças que foram a óbito; casos graves de emergência e instabilidade clínica; familiares cuidadores impossibilitados de realizar a entrevista devido às demandas e necessidades da criança durante sua permanência no PS-Ped.

Os sujeitos do estudo foram identificados com a letra F seguida por números ordinais, conforme a sequência das entrevistas. O período de coleta de dados foi de março a junho de 2013, e realizaram-se 12 entrevistas.

A análise se desenvolveu a partir dos depoimentos que emergiram das entrevistas. Assim, para esta etapa, seguiu-se a proposta metodológica de análise de conteúdo temática, nas três fases fundamentais do método: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.⁷ A categorização foi operacionalizada por meio da codificação cromática dos enunciados com o uso de canetas coloridas: cada cor correspondeu a um tema que originou as categorias temáticas. Foi elaborado um quadro analítico, contendo informações relevantes para a análise dos dados, a partir do que se obtive na categorização da etapa anterior. Para cada categoria, elaborou-se um quadro, contendo: o sujeito identificado com código de letra e número, o enunciado do sujeito pertencente à categoria, o comentário analítico e, na sequência, os autores que fundamentam o quadro teórico do enunciado.

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado cujo projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 13149613.3.0000.5346. O estudo seguiu as recomendações constantes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais sinais e sintomas apresentados pelas crianças na procura por atendimento no PS-Ped estavam relacionados a infecções respiratórias de vias aéreas superiores e bronquiolite. Isso enfatiza a fragilidade da atenção primária em saúde (APS) e do acesso dessas crianças a esses serviços, visto que esses problemas não precisariam ser atendidos em um serviço de emergência

pediátrica. Estudos já apontam certa deficiência dos principais atributos da APS, o que dificulta o acompanhamento dessas crianças junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e faz com que elas recorram ao PS-Ped.⁸⁻⁹ Os familiares cuidadores deste estudo incluem-se nas populações consideradas vulneráveis, com uma renda inferior a um salário mínimo até no máximo quatro salários mínimos. Os sujeitos do estudo eram do sexo feminino, sendo a mãe o grau de parentesco predominante com a criança em todos os casos, exceto em um, que foi a avó. Devido a isso, os sujeitos serão denominados de agora em diante como cuidadoras nos resultados do estudo.

Os resultados da pesquisa demonstram que as famílias das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico buscavam diversas alternativas para que a criança recebesse atendimento em saúde. Os enunciados a seguir mostram que algumas dessas famílias utilizavam serviços privados para tentar resolver as demandas de saúde das crianças: [...] *minha mãe é funcionária do estado e paga [plano de saúde privado] para minha filha (F2). [...] os exames eu paguei tudo particular (F3).*

O doutor [nome do médico] é o único pediatra da cidade e é um pediatra pago! [...] ele é o único que a gente pode contar nas horas! Aí tem que pagar tudo! (F9).

Os enunciados dessas cuidadoras demonstram que elas acessavam o sistema privado de saúde como uma estratégia de busca pelo atendimento quando o sistema público não estava disponível. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.¹⁰

Essas cuidadoras pagavam convênios ou atendimentos em saúde privados para seus filhos, sacrificando, por vezes, seus próprios recursos financeiros, visto que a renda das famílias sujeitos do estudo era considerada baixa, o que colaborava para potencializar suas precárias condições de subsistência.⁸

O cenário nos serviços públicos de saúde faz com que as famílias procurem atenção em serviços privados como uma estratégia para suprir a dificuldade de acesso, coordenação, longitudinalidade e integralidade, atributos essenciais na APS.⁸⁻¹¹ As famílias deixam de buscar atenção nos serviços públicos pela não resolutividade à saúde dos filhos.¹¹

Porém, em algum momento, essas cuidadoras acabavam procurando também o serviço público de saúde para resolver o problema de saúde das

crianças, pois, por diferentes motivos, não haviam encontrado suporte suficiente nos setores privados de atendimento: [...] *só que o [nome do plano de saúde privado] não tem emergência pediátrica. [...] a pediatra dela [da criança] disse [por telefone] que é para eu vir [ao PS-Ped] porque ele está viajando* (F2).

Eu liguei para secretária do doutor [nome do médico]! [...] Chegou na hora [da consulta], a secretária disse que não tinha vaga [...] (F9).

[...] *Aí eu liguei para ele [pediatra particular], não consegui. Aí meu irmão me disse para levar para a UPA* (F12).

Os serviços privados de saúde também apresentam fragilidades e, muitas vezes, não conseguem suprir as necessidades da sua clientela. O enunciado de F2 retrata a situação dos serviços de emergência pediátrica, cenário deste estudo, pois apenas um serviço de saúde privado no município oferece o atendimento de pronto-socorro pediátrico. Dessa forma, as crianças usuárias dos serviços médicos privados que se encontram em situação de emergência têm como recurso na cidade o pronto-socorro pediátrico do SUS, vinculado ao hospital universitário. Esse resultado demonstra que também os usuários dos serviços de saúde privados sofrem com a falta de estrutura nos atendimentos.

Assim, ao procurar o atendimento nos serviços públicos de saúde, os usuários dos serviços privados estão exercendo o seu direito garantido pelos preceitos constitucionais do SUS. Este se norteia pelo princípio da universalidade, que corresponde à garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Além do princípio de equidade, no qual todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.¹⁰

Contudo, frente às dificuldades de acesso aos serviços de saúde tanto privados quanto públicos, as cuidadoras das crianças atendidas no PS-Ped acabavam muitas vezes recorrendo aos familiares e amigos que possuíam vínculos profissionais com instituições do SUS. Nesse sentido, as cuidadoras procuravam uma estratégia facilitadora para que as crianças recebam recebessem atendimento de saúde. *O doutor disse: 'leva ela lá no pronto-socorro pediátrico que tem uma amiga minha de plantão'. [...] a dinda dela também trabalha aqui no PS-Ped, então eu confio* (F2).

Tu sabes que eu cheguei lá [Unidade básica de Saúde], e como eu sou bem conhecida... eu fui pegar ficha de manhã cedo e fui com ele já era nove horas,

aí eu consegui que elas encaixassem ele, daí foi bem tranquilo, foi bem rápido [o atendimento]. Então, como o avô dele é da guarda municipal, ele conseguiu. Ele já trabalhou de segurança nesse postinho. Para ele foi bem mais fácil, se fosse eu ir lá, eles não deixariam consultar com ele (F4).

Eu tinha minha comadre que trabalhava na saúde no setor de marcação [marcava as consultas]. E foi para o hospital [nome da instituição] que ele [a criança] foi, por parte das minhas primas que são enfermeiras [...] trabalhavam neste hospital [...]. Eu deixo para elas marcarem, como elas trabalham lá, elas marcam (F9).

Essas cuidadoras utilizavam-se das redes de apoio, que, nesses casos, contemplam os familiares e amigos que servem de facilitadores na busca do atendimento em saúde. Assim, ao se depararem com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde tanto públicos quanto privados, outra estratégia identificada foi a procura pelo apoio de pessoas que poderiam inseri-las com mais facilidade nos atendimentos, burlando o acesso universal garantido pela legislação do SUS, constituindo uma rede paralela. Assim, as cuidadoras teciam suas próprias redes de apoio, embasadas na luta diária, que inclui peregrinação a diversos serviços, recursos judiciais e utilização de contatos privilegiados, ferindo os princípios do SUS.¹²

Na dificuldade de resolver os problemas de saúde das crianças, as cuidadoras procuravam caminhos alternativos. Essa realidade foi apresentada também por outros estudos como o "jeitinho brasileiro".¹³⁻¹⁴ Isso representa o modo que se utiliza para navegar socialmente no Brasil, diante da regra ou da lei que diz "não pode". Nesse mesmo estudo, notou-se que entra em ação o tal "jeitinho brasileiro" quando o setor público falha, no caso a regulação, tornando a fila e a espera impraticáveis.¹⁴

Além disso, as cuidadoras não conseguiam resolver as demandas de saúde das crianças no primeiro atendimento. Essas mulheres peregrinavam em diferentes serviços e também retornavam várias vezes à mesma instituição em busca da resolução dos problemas de saúde. *Peguei ela [criança] de novo e levei no PA [municipal], na quarta-feira me disseram que era um infecçãozinha. Na sexta a [mãe da criança] me ligou, que ela [a criança] estava com febre. Eu saí do meu serviço, fui para casa, peguei um táxi e levei-a para [nome do serviço privado de saúde] e depois mandaram ela para cá [PS-Ped]* (F3).

Eu levei no postinho [Unidades Básicas de Saúde]. Domingo ele já tinha vindo aqui [PS-Ped]. [...] Hoje de manhã eu levei ele no postinho perto de

casa, ele [médico] me fez um encaminhamento para cá [PS-Ped] de volta (F4).

Eu levei na UPA, umas três vezes, mais ou menos! (F5).

Destaca-se que as cuidadoras procuraram outros serviços de saúde antes de chegar ao Ps-Ped. Algumas chegaram ao serviço por meio de um encaminhamento, como os casos de transferência do Pronto Atendimento Municipal (PAM), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e até mesmo dos serviços do setor privado de saúde.

Estudo realizado com crianças hospitalizadas corroborou com os resultados desta pesquisa ao concluir que estas passaram por diversos atendimentos em saúde até chegarem ao tratamento definitivo. A procura pelo atendimento também perpassa os serviços de atenção primária e serviços ambulatoriais privados. Verificou-se que muitas famílias de crianças peregrinam entre os serviços de atenção básica e os serviços privados na busca da resolução dos problemas de saúde.¹⁵

Frente a isso, percebe-se que há falta de comunicação entre as redes de apoio à saúde (RAS), o que contraria os atributos da APS. Dessa forma, há deficiência dos serviços de saúde em ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.⁴

Nessa rede, a UBS, a ESF, o PAM, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e também os serviços de saúde privados sofrem com a falta de estrutura e principalmente de recursos humanos, este caso ocorre notadamente quando o pediatra encontra-se ausente da unidade, como explicitado nos enunciados: *Levei na UPA, não tinha pediatria! Aí eu levei no PA [municipal]! (F5).*

Lá não tem pediatria! [UBS] Aí, no caso, a gente leva lá, aí eles: 'Tem que levar lá não sei onde! Tem que tirar uma ficha primeiro' [...] (F8).

A falta de pediatras nas unidades de atenção primária em saúde é ainda uma das principais limitações para a qualidade da assistência à saúde da criança. O atendimento pediátrico possui especificidades e a criança tem direito à assistência especializada, que deve ser garantida pelos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Na tentativa de encontrar soluções para este revés, a Sociedade Brasileira de Pediatria propôs, em 2004, a inclusão do pediatra na ESF, com vistas ao elevado grau de resolução dos problemas de saúde da criança e do adolescente, por meio de uma assistência com qualidade profissional para

atuar no campo pediátrico.¹⁶ A falta de pediatras demonstra deficiência no atributo acessibilidade, que considera a disponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários fora do atendimento normal da unidade de saúde, como períodos noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos.¹⁷

Porém, os serviços não se apresentam resolutivos diante dos problemas de saúde das crianças. A dificuldade de acesso e a morosidade na atenção, a ausência de vínculo desencadeada pelo desinteresse e não responsabilização, a carência da integralidade e a falta de organização são identificadas nos serviços de atenção em saúde.⁸

Desse modo, as famílias sujeitos deste estudo não são inseridas no serviço de saúde conforme a sua necessidade e, assim, não têm garantia de continuidade de atenção em saúde para suas crianças. Existe neste cenário a falta da coordenação que conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de apoio em saúde.⁴

As experiências relatadas pelos sujeitos deste estudo evidenciam a realidade de um sistema de atenção à saúde da criança fragmentado. Esses sistemas, fortemente hegemônicos, se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma assistência contínua à população.⁴ Os sistemas fragmentados não são capazes de ofertar longitudinalidade e integralidade e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade.⁴

Desse modo, frente à falta de assistência encontrada na atenção primária em saúde, as famílias preferiram buscar atendimento em serviços de pronto-socorro pediátrico. Para os serviços de emergência a atenção primária em saúde muitas vezes não consegue identificar/reconhecer a urgência em realizar o agendamento da consulta, estabelecendo prioridades. As rotinas administrativas acabam por conduzir o usuário para fora do serviço, sem que haja um acompanhamento da sua trajetória no sistema de saúde, diferentemente das recomendações previstas pela atenção primária.¹⁸

Reconhece-se que os problemas de saúde das crianças que levaram à procura pelo pronto-socorro pediátrico cenário do estudo são considerados demandas de baixa complexidade e, assim, poderiam ser absorvidos e resolvidos pela ESF, sendo

este o espaço ideal para a promoção da saúde infantil. Diante disso, aponta-se para a necessidade de avanços em alguns atributos para a promoção da saúde infantil no âmbito sanitário. Existe a necessidade de melhorias da prática assistencial, o que implica em reformulações de alguns aspectos de sua estrutura e processo para oferecerem APS na qualidade que se propõe.¹⁹

Para a mudança desta realidade, o enfermeiro encontra um importante espaço de atuação na ESF e pode fortalecê-la para a consolidação dos princípios do SUS. As possibilidades dessa contribuição na solidificação das atribuições da ESF, com repercussões para o SUS, incluem a centralidade desse profissional na formação e na organização do trabalho da enfermagem nos serviços de saúde; a eficácia do trabalho em equipe; e a organização dos serviços na atenção primária em saúde. Além disso, é necessário que o enfermeiro reconheça a diversidade de ações que lhe compete desenvolver na saúde coletiva, os espaços estratégicos que ocupa na política de saúde, seja na gerência, na educação, na assistência ou na pesquisa.²⁰

Frente a este cenário, considera-se a puericultura uma ferramenta importante no acompanhamento integral da saúde infantil. A puericultura é voltada para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, com o objetivo de que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância. O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem em puericultura na ESF, necessita buscar o atendimento integral das necessidades da criança, modificando o enfoque centrado na doença. Por intermédio da consulta, é possível monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde e doença, revelando forte componente interacional e educativo centrado na família.²¹

Dessa forma, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, para que seja possível visualizar precocemente alterações e, assim, providenciar as devidas condutas em tempo hábil, a fim de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado. O enfermeiro é o principal responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde, que deve deter o conhecimento necessário para avaliar condições que requerem intervenções dos serviços de saúde.²²

Porém, o baixo impacto dos serviços de atenção primária à saúde da criança tem sido explicado, de forma mais frequente, pela desarticulação entre os níveis de atenção, produzindo um círculo vicioso com baixa resolutividade das UBS e

da ESF. Dessa forma, as dificuldades e limitações são produzidas e reproduzidas continuamente.²³

Assim, para a mudança deste cenário é fundamental um serviço de saúde guiado pela integralidade, conceito estruturante da atenção no SUS que deve visar tanto às práticas de cuidado não fragmentado como à continuidade nos diversos serviços que se fizerem necessários.¹⁴ A efetivação da integralidade depende da construção de novas práticas, baseadas no cuidado ampliado, exercido na perspectiva da complexidade dos usuários e de suas condições de vida.²⁴

Faz-se necessário considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde.⁴ Assim, o modelo de atenção em saúde apresentado por este estudo necessita ser substituído por redes de atenção, sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita.⁴ Portanto, a estratégia de reorientação do modelo de saúde a partir da atenção primária precisa avançar, tendo ainda um caminho a percorrer para garantir maior acessibilidade da população e qualificação da atenção à saúde.²⁵

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo demonstram um cenário em que as famílias de crianças buscavam o atendimento em PS-Ped como primeira escolha, devido ao difícil acesso aos serviços de saúde na atenção primária. Isso revela um descompasso com os princípios do SUS e os atributos da APS, principalmente no que tange à integralidade e ao direito à saúde da criança.

Durante a peregrinação em busca do atendimento à criança, os familiares se utilizavam de estratégias tais como a constituição de redes paralelas, na tentativa de facilitar o acesso aos serviços de saúde. Esse artifício muitas vezes facilita o atendimento dessas crianças, contudo, prejudica o andamento dos fluxos dos serviços de saúde e fere os princípios do SUS.

Outra estratégia utilizada pelos familiares foram os serviços privados. Contudo, esta não era a realidade de todos os familiares, visto que, neste estudo, houve o predomínio de famílias com baixa renda, o que dificulta a utilização do serviço privado.

É necessário que ocorra a integração dos serviços de saúde por meio da comunicação entre os profissionais que atuam nos diferentes níveis de complexidade, ou seja, a efetivação das redes de atenção em saúde. A equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, deve acolher estas crianças e suas famílias vislumbrando o direito destes usuários a receber um atendimento integral e de qualidade.

Portanto, para superar o paradigma e o atual cenário da saúde da criança, é importante desenvolver os atributos da APS em sua totalidade, onde o enfermeiro assume papel essencial nesse processo. Destaca-se a importância da equipe multiprofissional, na qual cada profissional, dentro de suas competências legais nos diferentes níveis de atenção na saúde, tem o compromisso com a criança e seus familiares visando à assistência humanizada e integral. Ressaltam-se como limitações deste estudo o número de sujeitos entrevistados e a dificuldade de generalização dos achados, entretanto consideram-se estes como pontos de comparação para outros estudos que possam ser desenvolvidos em outras regiões do país.

Recomenda-se uma reestruturação dos serviços de saúde, tendo por base os atributos da atenção primária em saúde, superando o paradigma atual, centrado na doença e na consulta médica, por outro que considere a integralidade do cuidado à criança e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo ALM, Costa AM. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2010 Out-Dez; 14(35):797-810.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATtool. Brasília (DF): MS; 2010.
3. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Francheschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(7):3229-40.
4. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil; 2011.
5. Arrué AM, Neves ET, Buboltz FL, Jantsch LB, Zanon BP. Demanda de um Pronto-Socorro Pediátrico: Caracterização dos atendimentos de Enfermagem. *Rev Enferm UFPE online [online].* 2013 Abr [acesso 2013 Dez 01]; 7(4):1090-7. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5899
6. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):1069-79.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 8ª ed. Lisboa (PT): Geográfica Editora; 2011.
8. Silva RM, Viera CS, Toso BR, Neves ET, Rodrigues RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(4):382-8.
9. Araujo JP, Viera CS, Toso BR, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(5):440-6
10. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set 1990.
11. Oliveira BR, Viera CS, Collet N, Lima RA. Causes of hospitalization in the National Healthcare System of children aged zero to four in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(2):268-77.
12. Neves ET, Silveira A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. *Rev Enferm UFPE online [online].* 2013 Mai [acesso 2013 Nov 24]; 7(5):1458-62. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../6147
13. Damatta R. O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro (RJ): Rocco; 2001.
14. Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD, Chiesa AM, Alberti GB. Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013 Out-Dez; 17(4):788-95.
15. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem [online].* 2012 Mai-Jun [acesso 2013 Nov 14]; 20(3): [9telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a05v20n3.pdf
16. Sociedade Brasileira de Pediatria. O Programa Saúde da Família e a pediatria [online]. Brasília (DF); 2004 [atualizado 2004 Nov-Dez [acesso 2013 Dez 06]]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=88&id_detalhe=1451&tipo_detalhe=s.
17. Chomatás E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos

- da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.
18. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2473-82.
19. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011; 11(3):323-34.
20. Pires RGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Esp2):1710-5.
21. Gauterio DP, Irala DA, Vaz MRC. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(3):508-13.
22. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estimulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1):148-54.
23. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(Esp):263-71.
24. Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. Exercício da integralidade em uma equipe da estratégia Saúde da família: saberes e práticas. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Abr-Jun; 20(2):263-71.
25. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 Nov; 17(11):2903-12.