

O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde¹

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira²

Neusa Collet³

Débora Falleiros de Mello⁴

Regina Aparecida Garcia de Lima⁵

O objetivo deste estudo foi identificar o itinerário terapêutico de famílias em busca de cuidado para sua criança com doença respiratória. Trata-se de pesquisa sob abordagem qualitativa, com participação de familiares de crianças menores de cinco anos, hospitalizadas com doenças respiratórias. Utilizou-se como instrumento de produção de dados a dinâmica mapa falante, com análise temática dos dados. Os achados indicam que as famílias buscam um serviço de saúde assim que percebem os sintomas e que tiveram acesso a atendimento médico, embora com pouca resolutividade. Observou-se que retornaram ao serviço por pelo menos três vezes e que, mesmo assim, culminou com a hospitalização. Os atributos da atenção básica não foram contemplados nos serviços públicos de saúde, nem o encontro terapêutico obteve sucesso prático.

Descritores: Cuidado da Criança; Atenção Primária à Saúde; Doenças Respiratórias.

¹ Artigo extraído da Tese de Doutorado "Resolutividade do atendimento à saúde de crianças menores de cinco anos com queixa de doenças evitáveis", apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

² PhD, Professor, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service

This study's purpose was to identify the therapeutic journey of families seeking health care for their children with respiratory diseases. This qualitative study had the participation of parents of children younger than five years old who were hospitalized with respiratory diseases. Path mapping was used as an instrument to collect data, which was analyzed through thematic analysis. The findings indicate that families sought the health services as soon as they perceived symptoms and had access to medical care, however such care was not decisive in resolving their health issues. Even though the families returned to the service at least another three times, the children had to be hospitalized. The attributes of primary health care were not observed in the public health services, while therapeutic encounters had no practical success.

Descriptors: Child Care; Primary Health Care; Respiratory Tract Diseases.

El itinerario terapéutico de las familias de los niños con enfermedades respiratorias en el sistema de salud pública

El estudio tuvo como objetivo identificar el itinerario terapéutico de las familias que buscan cuidar de su hijo con la enfermedad respiratoria. Esta es una investigación con un enfoque cualitativo, con la participación de las familias con niños menores de cinco años de edad, hospitalizados con enfermedades respiratorias. Fue utilizado como un instrumento de producción de los datos el mapa hablado, con un análisis temático de los datos. Los resultados indican que las familias buscan un servicio de salud así que perciben los síntomas y que tenían acceso a la atención médica, pero con poca resolución. Se observó que volverán al servicio durante al menos tres veces, y aun así terminó con la hospitalización. Los atributos de la atención primaria no fueron observados en los servicios de salud pública, ni el encuentro tuvo un éxito práctico.

Descriptores: Cuidado del Niño; Atención Primaria de Salud; Enfermedades Respiratorias.

Introdução

As infecções respiratórias agudas (IRA) persistem como problema de saúde pública, estimando-se que, em países em desenvolvimento, ocorrem 0,29 episódio de pneumonia clínica/criança-ano ou 151,8 milhões de casos novos anuais (95% da incidência mundial em menores de cinco anos); 7 a 13% dos casos resultam em internação e mais de dois milhões evoluem para óbito, colocando a pneumonia como principal causa isolada de óbito em crianças. O Brasil é um dos 15 países com maior número de casos anuais de pneumonia clínica em menores de cinco anos (1,8 milhão), com incidência estimada de 0,11 episódio/criança-ano. São atribuídos à IRA, 30 a 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e de 10 a 15% dos óbitos, sendo 80% desses por pneumonia⁽¹⁾.

As doenças respiratórias são consideradas condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e, portanto, de hospitalização evitável⁽²⁻³⁾, contraditoriamente, aparecem como primeira causa de hospitalização. Protocolos

pediátricos enfatizam a importância de prover cuidados para as crianças no contexto da família e da comunidade, utilizando-se dos recursos dessas na promoção da saúde em consultas ambulatoriais de rotina⁽⁴⁾.

As ações na atenção básica à saúde (ABS) são importantes para prevenir o adoecimento de crianças por problemas respiratórios, ampliando a cobertura, garantindo o acesso da população aos serviços e proporcionando atenção ambulatorial resolutiva, a fim de se evitar a hospitalização e suas consequências deletérias para as crianças e suas famílias. Estudos⁽⁵⁻⁷⁾ têm sido realizados em diversos países para melhorar a cobertura da ABS numa rede de cuidados horizontalizada para atingir as ações descritas.

Pensar ações nessa direção implica em nortear a prática de enfermagem pelo cuidado, seja em unidades com estratégia saúde da família ou de atenção básica tradicional, a fim de superar a racionalidade exclusivamente técnica do trabalho e intervir efetivamente sobre os

problemas e atender as necessidades sociais de saúde das crianças⁽⁶⁾. Esse modo de combinar técnicas e tecnologias para as intervenções nos problemas de saúde é uma maneira de organizar o processo de trabalho, pautado pelas necessidades individuais e/ou coletivas.

Nesse sentido, cuidado é entendido como atitude cuidadora expandida para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. “Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”⁽⁹⁾.

Ao desempenhar seu papel cuidador, equacionando a produção de procedimentos e de cuidado, o enfermeiro estabelece relação intercessora com o usuário, necessitando incorporar a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, no sentido de adotar, como norte de suas ações, a racionalidade prática nos encontros intersubjetivos de cuidado⁽⁹⁾. Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para a ampliação do conhecimento da dimensão cuidadora do profissional de saúde.

Assim, buscou-se, neste estudo, identificar o itinerário terapêutico de famílias em busca de cuidado para sua criança com doença respiratória. Abordaram-se os tipos de serviços procurados, o acesso, o acolhimento, a integralidade, a vinculação e responsabilização pelo sujeito e se o encontro terapêutico foi voltado para o cuidado.

Abordagem metodológica

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa, guiada pelo referencial teórico do Cuidado em Saúde⁽⁹⁾ e metodológico da hermenêutica em saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Como estratégia de coleta de dados optou-se pela dinâmica mapa falante⁽¹²⁾, buscando-se conhecer o caminho das famílias a partir da hospitalização. Participaram do estudo seis familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas com doenças respiratórias (pneumonias, broncopneumonias, derrame pleural, laringite e faringite), na unidade de alojamento conjunto pediátrico de um hospital público na região oeste do Paraná. Essa opção se deu pela premissa de que as doenças respiratórias são consideradas CSAA e não deveriam necessitar de hospitalização para tratamento, mas respondem por mais de 50% das hospitalizações de crianças.

Os critérios de inclusão dos familiares foram: atendimento anterior à hospitalização pelo mesmo motivo na rede de serviços de atenção básica que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) no município; residente na zona urbana do município e acompanhante em condições

de prestar as informações necessárias para a pesquisa.

Nessa estratégia de coleta de dados, pressupõem-se os seguintes momentos: primeiro – acolhimento dos participantes e organização do ambiente; segundo – apresentação e integração do grupo; terceiro – explicação da dinâmica e seus objetivos e disponibilização dos materiais; quarto – elaboração do mapa e socialização do material produzido aos demais membros do grupo; quinto – análise coletiva e validação dos dados, correspondendo à organização e à análise preliminar dos dados⁽¹⁰⁾.

Realizou-se duas vezes a dinâmica, uma para cada grupo de familiares que atendiam os critérios de inclusão, em ambiente propício, na unidade de internação. Os grupos foram formados depois de aceito o convite para tomar parte na pesquisa e da explicação do propósito da mesma. A questão geradora do debate foi: “quais foram os caminhos percorridos e os recursos utilizados para atender às necessidades de cuidados de saúde para seus filhos?”. As dinâmicas foram realizadas em abril e junho de 2010, com duração de duas horas cada uma. A discussão foi gravada, os depoimentos transcritos e os desenhos escaneados.

Optou-se pela análise temática dos dados, com a intenção de “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou regularidade signifiquem algo para o objeto analítico visado”⁽¹³⁾. Assim, percorreu-se sobre as duas unidades temáticas obtidas, ao longo do texto: acesso de primeiro contato aos serviços e a longitudinalidade do cuidado, sem, contudo, apresentá-las de modo estanque ou separado, mas num movimento hermenêutico de idas e vindas, aproximações e distanciamentos, para a conformação do todo que se apresentou ao pesquisador, sobre as trajetórias das famílias em busca do cuidado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, sob Parecer nº245/2009 – CEP, e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os relatos estão identificados pelas siglas da dinâmica acrescidas de números, por exemplo: mapa falante um, acompanhante um – MF1A1.

Resultados e Discussão

O acesso de primeiro contato aos serviços e a longitudinalidade do cuidado

As unidades de referência para as famílias foram unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais, unidade de saúde da família (USF) e de pronto atendimento continuado (PAC). Essa última com a função de atender as urgências e emergências referenciadas pela ABS.

As crianças foram hospitalizadas por problemas respiratórios, depois de terem passado por serviços de atenção básica: UBS/USF, PAC e serviços ambulatoriais privados. Algumas foram mais de uma vez procurar por esses serviços, em intervalos de tempo diferentes, mas todas têm em comum o fato de ter procurado a unidade de saúde quando do surgimento de sintomas respiratórios e/ou febre, nas primeiras horas após o seu aparecimento.

O perfil das famílias participantes se desenhou da seguinte forma: familiar acompanhante do sexo feminino; crianças com idade de seis meses a três anos; idade dos acompanhantes entre 20 e 25 anos; escolaridade entre ensino fundamental incompleto e médio completo, com predomínio desse último; ocupação mais frequente em trabalhos domésticos e no setor de serviços; apenas uma tinha mais de um filho; todas tinham um companheiro que vivia com a família; o cuidador da criança era a mãe, na maior parte dos casos; a renda familiar predominante era de dois salários mínimos; todas tinham eletrodomésticos, considerados bens de consumo necessários. Havia acesso a serviços públicos como escola, creche, unidade de saúde, centro comunitário e associação de moradores, contudo, não participavam dessas últimas, bem como não o faziam nos conselhos de saúde.

Apresentou-se, em seguida, um mapa falante e os depoimentos das participantes sobre o caminho percorrido em busca de cuidado para sua criança. MF1A1 procurou primeiro a unidade de saúde de referência de seu bairro, depois o serviço de emergência e por fim foi encaminhada ao hospital para internação de sua criança. Num intervalo de quinze dias, a família procurou por atenção à saúde sete vezes.

[...] antes da vacina da gripe (H1N1) ela já estava com o peito carregado, com um pouco de tosse. A partir do momento que tomou a vacina, começou a ter febre, todos os dias [...] levei ela no posto, o doutor não estava atendendo, a enfermeira mandou levar no PAC, lá quem atendeu foi a Dra. M, que mandou dar inalação com cinco gotinhas de berotec e levá-la para casa. Na farmácia, o funcionário falou que cinco gotinhas para ela, que tem seis meses, é muito porque acelera a respiração, que era muito forte para ela, que ia fazer mal, que ele não podia ir contra a palavra de uma médica, mas ele achava isso. Compramos, fomos para casa e fizemos a inalação com soro só. Ela não melhorou, trouxemos para o hospital, a primeira vez, aqui no HU, o Dr. L. falou que era para dar só duas gotinhas de berotec na inalação e nos mandou para casa. Ontem eu fui buscá-la na creche, a coordenadora falou que ela estava com febre de novo, eu trouxe-a para cá. [...] fizeram os exames de novo, e nunca dá nada, dessa vez deu um pouquinho alterado o exame de sangue, mas eles não têm certeza do que pode ser, porque ela estava com febre (MF1A1).

O primeiro aspecto a ser discutido é a crença do familiar de que a causa do problema de saúde de sua

criança foi a vacina, pois não verbalizou em nenhum momento ter sido orientada pelos profissionais de saúde, que foram pelo menos cinco diferentes, entre médicos e enfermeiros, sobre as reações vacinais ou mesmo complicações esperadas quando da administração do imunobiológico em questão.

Em seguida, ao procurar a UBS como primeira opção, não encontrou o profissional que queria – o médico, para avaliação de sua criança, sendo orientada pelo enfermeiro para procurar o serviço de emergência. A partir daí não retornou mais à UBS, procurando sempre pelo serviço de emergência ou diretamente o ambulatório do hospital. Essa conduta demonstra o rompimento do vínculo com a UBS e a inviabilidade de formá-lo com outro profissional que não o médico, nesse caso o enfermeiro, que, ao usar das ferramentas da clínica ampliada, poderia ter avaliado a criança e a incluído para o cuidado de saúde na UBS, caso necessitasse de outro profissional ou, ainda, encaminhado para o cuidado que julgasse necessário na rede.

O atendimento das necessidades de saúde dos usuários leva-os a buscar os caminhos e os serviços que lhe dão acesso ao atendimento de sua demanda⁽¹⁴⁾. Assim, não se trata de buscar explicações sobre o porquê de o usuário ir ao serviço de emergência ou ao hospital e que ali não é o local adequado para resolver seu problema de saúde, mas, sim, identificar que a UBS e/ou USF não estão sendo capazes de acolher e dar seguimento adequado às demandas em tempo capaz de ser tolerado pelo usuário.

Outro aspecto diz respeito à comunicação médico/familiar e a vinculação estabelecida com esse, em que a confiança não se fez presente, pois, quando do questionamento do funcionário, que se encontrava na farmácia, a prescrição deixou de ser cumprida. Assim, quando a confiança no profissional não foi estabelecida, logo no primeiro questionamento sobre o que foi prescrito, a família abandonou a terapêutica proposta.

Essa quebra de confiança foi reforçada quando, a seguir, num próximo atendimento médico, o profissional discordou da terapêutica inicialmente proposta, mudando-a, o que reforça a ruptura da confiança no profissional que fez o atendimento junto ao serviço de emergência. Contudo, um diagnóstico não foi estabelecido e a criança retornou para casa apresentando os mesmos sintomas que motivaram a procura por cuidado. Como a demanda permaneceu, retornou para consulta, agora com agravamento do quadro clínico, sendo hospitalizada.

Estudo, cujo objetivo foi conhecer a acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro, reconstruindo a trajetória de contatos com unidades de saúde no evento atual e caracterizar os vínculos com a atenção básica e adequação da morbidade ao perfil organizacional dos serviços, identificou como

conflitos entre a demanda e a oferta de serviços quatro possibilidades: a criança teria uma manifestação aguda em dia ou horário em que a UBS estaria fechada, tornando a demanda para serviço de emergência adequada; conflito de horário entre o funcionamento da UBS e o horário de trabalho dos pais, que então procuram a emergência; conflitos com a organização do atendimento, vínculos entre usuário e equipe e/ou profissional e expectativas quanto à capacidade do serviço de satisfazer necessidades imediatas; o acesso geográfico como impeditivo ou limitante do acesso ao cuidado⁽¹⁵⁾. Parece, então, que essas possibilidades, com exceção da última, que não foi manifestada por essa família, estiveram presentes em sua trajetória.

MF1A2 procura atendimento diretamente no PAC, pois sua criança tem crises respiratórias com frequência e na sua UBS de referência as fichas de consulta são distribuídas na sexta-feira, para a semana seguinte. A UBS não é citada como serviço de saúde que costuma buscar para o cuidado de sua criança, pois o vínculo já foi rompido em outras situações que antecederam essa última hospitalização, ou sequer foi formado, pelas limitações de acesso e também por não perceber ações de integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

O depoimento, a seguir, descreve o itinerário da família em busca de cuidado para sua criança.

Lá (o posto do bairro) é assim, temos que ir na sexta-feira para pegar ficha, tem que estar lá para enfrentar fila, a fila é enorme, isto para consultar na outra semana. Quando ataca a respiração, eu levo reto no PAC, nem levo no posto, porque tem que pegar ficha na sexta-feira, não adianta chegar lá com a criança mal, dizendo que quer consultar, que não vão consultar. [...] lá (no PAC), como ele chega bem atacadinho, na hora ele é atendido [...] agora já é a segunda vez que aquela Dra. D., que eu vejo meu filho atacadinho, já sei que tem que levar e internar lá no PAC, aí é a segunda vez que eu chego lá na consulta, que é com ela e ela fala: "vou dar inalação, remédio e você pode ir para casa que seu filho está bem", quando é de tarde, eu trago e ele tem que ir para o oxigênio, é a segunda vez que isso acontece (MF1A2).

O primeiro aspecto a ser discutido é que o familiar percebe a dificuldade de acesso em sua UBS, ou seja, funciona com agendamento, para consultas de rotina. Quando há um caso agudo e não é dia de obter fichas de consulta, nem procura o serviço. Identificou-se, então, uma barreira de acesso estabelecida pela forma como o serviço se organiza. Mais do que isso, uma ruptura entre as demandas familiares e o que a UBS oferece, pois a mãe crê que sua criança seja portadora de um distúrbio respiratório crônico que ainda não sabe exatamente qual é, mas que não é acompanhada como condição crônica na UBS.

Estudo aponta, como limitante do acolhimento e refletindo em serviços de emergência, o predomínio na

organização do trabalho de consultas e procedimentos individuais e dicotomia entre assistência e prevenção, visível nos agendamentos de consulta, em que o médico destina sua agenda para consultas e o enfermeiro para procedimentos, ajustando a atenção aos usuários que se enquadram nos cuidados ofertados, provocando o encaminhamento de outros para fora do sistema⁽¹⁴⁾, a exemplo do ocorrido com essa família.

O segundo aspecto a ser discutido, nas duas vezes em que a família procurou a unidade de emergência para a consulta médica, diz respeito àquilo que o familiar deseja como cuidado médico e o que efetivamente ocorre, ou seja, há descompasso no diálogo, em ouvir o outro, entender o que deseja como projeto de felicidade e empenhar sua racionalidade prática para conseguir atingir o sucesso do encontro terapêutico⁽⁹⁾. Não só houve ruptura no encontro, como um desejo, por parte do familiar, de que um determinado profissional não se responsabilize pelo cuidado à saúde de seu filho.

[...] Deus me abençoe que eu não precise mais consultar lá, mas se eu chegar lá e perguntar quem é a pediatra e disserem que é a Dra. D. eu vou falar que não quero, que é a segunda vez que eu paro aqui (no hospital) por causa dela, porque se ela tivesse internado mais cedo, eu não precisava parar aqui (MF1A2).

A resolutividade na atenção básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, e, ainda, à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde, o que faltou nos diversos encontros de cuidado com essa família. A baixa resolutividade está também atrelada ao exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos⁽¹⁶⁾. Assim, o exercício da clínica traduzido em atos de fala, de escuta, em que o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi substituído pelo ato prescritivo, numa relação sumária entre profissional e usuário, ilustrado no depoimento apresentado acima.

O mapa desenvolvido por MF2A1 mostra que a família procurou primeiro a UBS, depois o serviço de emergência, pois, além da continuidade dos sintomas iniciais, outro foi percebido pela família. Após o atendimento e mantida a terapêutica, a criança continuou apresentando sintomas de que não estava bem, assim, a família buscou atenção à saúde no consultório médico particular, pagando pelo atendimento e pelos exames realizados. Dali foi novamente encaminhada ao serviço de emergência, pois esse profissional entendeu que a criança necessitava de hospitalização, e como a família não podia pagar por ela, foi reencaminhada ao serviço público de saúde, conforme aponta na Figura 1.

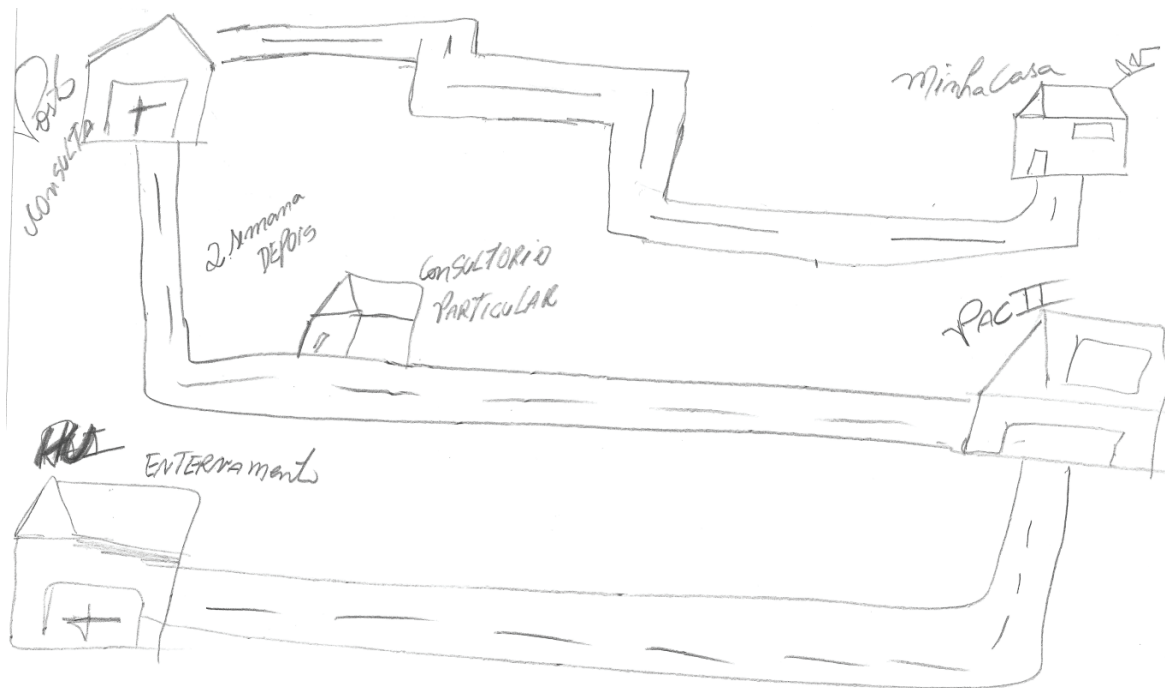


Figura 1 - Mapa falante produzido por MF2A1

O depoimento revela o sentimento da família sobre o adoecimento e a resolutividade dos serviços frente às demandas por cuidado.

Fazia dias que ela estava tendo febre, dava febre e voltava. Eu dava remédio, levei-a ao posto, a médica disse que ela estava meio carregada. [...] só deu remédio para tosse, inalação, sorinho para pingar no nariz e o remédio para febre. Quando foi quinta-feira deu febre de novo e ela ficava gemendo, não queria comer, ela ficou como se estivesse sentindo dor, o ouvido começou a vazar, então levei-a no PAC II, o doutor bateu um raio-X, era início de pneumonia, mas dava para tratar em casa, deu os remédios, só que não resolveu. Quando foi segunda-feira eu levei-a num médico particular, daí ele bateu um raio-X e falou que era caso de internação e que era para procurar o PAC, eu fui no PAC II de novo, mostrei o raio-X que eu tinha feito lá na clínica. [...] ele me atendeu e falou que ia me internar [...] a semana inteira correndo atrás de médico e remédio (MF2A1).

Esse depoimento relata o modo como os diversos serviços têm organizado seus processos de trabalho, com foco no procedimento e não no usuário. Em todos os locais, seja na UBS, no consultório médico do serviço privado ou na emergência, a prioridade não foi a escuta qualificada tampouco o diálogo interativo, mas o foco se deu na realização de procedimentos: a consulta, os exames e os distintos diagnósticos, evidenciando descontinuidade do cuidado, pois cada serviço repetiu os mesmos procedimentos, inclusive no mesmo dia, raios-x de tórax em três serviços distintos, para avaliação de profissionais diferentes, sem que isso tivesse influenciado a resolutividade do cuidado. Ao contrário, todo esse itinerário prolongou a identificação do problema.

O desencontro entre família e profissional de saúde também se manifesta quando a família relata ter procurado o serviço logo após o surgimento dos primeiros sintomas, mas as terapêuticas instituídas não resolveram o problema, que, ao longo do período, entre a primeira consulta e a hospitalização foi se agravando sem que os profissionais percebessem o contexto da família e o que ela estava vivenciando. Perguntas como quantas vezes tinha ido ao serviço, quais serviços, quem prestou o cuidado, quais terapêuticas foram instituídas e se deram ou não resultado não foram feitas e nem avaliadas. Para responder a essas demandas é necessário tempo e disposição para a escuta, estabelecimento de vínculo de cuidado com a família e a criança, responsabilização por ambos, com a resolução do problema, autonomização dos sujeitos para andar a vida com a saúde restabelecida e isso não ocorreu nos diferentes encontros de cuidado para essa família.

Outro depoimento, de MF2A2, descreve suas idas e vindas aos serviços de saúde.

Faz mais ou menos um mês que eu levei ela no posto, porque no do meu bairro não tem pediatra (USF com médico generalista). A doutora. passou remédio para febre e sorinho para o nariz e falou que era só uma gripezinha. Então foi piorando aquela tossinha, tratando em casa, como eu vi que não estava resolvendo, levei no posto de novo. Domingo ela acordou chorando e não parava mais de chorar e começou a vomitar, uma secreção de nariz com umas listrinhas de sangue. Na hora que ela vomitou aquilo eu me apavorei, meu marido me levou no PAC II, não tinha pediatra, daí me encaminharam para o PAC I e fizeram raios-X, consultaram e falaram que era pneumonia dupla. Me falaram um monte de

coisa, eu fiquei apavorada, mandaram aqui para o HU, agora ela está fazendo tratamento, já está bem melhor. [...] a primeira vez que eu fui ao PAC, ela nem examinou a neném, só escutou o pulmãozinho dela e já começou a prescrever o remédio, sem fazer exame, um raio-X (MF2A2).

Destaca-se o desencontro entre os anseios da usuária e o que o serviço de saúde tem oferecido como arranjo tecnológico de atenção. Essa família tem, como serviço de referência, uma unidade em que atuam duas equipes de saúde da família. São as duas únicas da área urbana, pois as demais estão localizadas na área rural do município. O modo de organização do processo de trabalho nesse local não parece ter contribuído para que a população perceba essa proposta de atenção à saúde como resolutiva, visto que, no caso da família aqui representada, a opção é por levar a criança em outra unidade que tenha a atenção médica de pediatra.

Sobre a atuação das unidades com equipes de saúde da família, a literatura⁽¹⁶⁾ tem identificado que, mesmo que a estratégia tenha a missão de mudar o modelo assistencial com foco do cuidado no usuário, ao que parece, não houve real desburocratização do acesso aos serviços, principalmente no que diz respeito àquilo que os usuários consideram uma emergência e que deveria ter atendimento imediato, levando à baixa credibilidade no serviço.

Outra questão diz respeito às práticas programadas da unidade de saúde, como a puericultura, não conseguindo ter acesso a ela desde o nascimento de seu bebê, porque a unidade, por diversos motivos, agenda e desmarca o cuidado. Para a família, isso mostra que não há compromisso por parte da unidade e do enfermeiro com o cuidado a que se propõe realizar, fato esse que contribui para o não fortalecimento de vínculo entre família e unidade de saúde.

No posto também, ela tem quatro meses, já tem quatro meses que eu marco puericultura e eles ligam desmarcando: "o enfermeiro está de reunião, vai fazer isso, vai fazer aquilo", não consigo fazer a puericultura (MF2A2).

Assim como essa família, uma outra tinha como referência de cuidado essa USF. Das situações relatadas essa é emblemática ao mostrar que a família excluiu a busca de atendimento no serviço público de saúde, embora não tenha renda para sustentar o pagamento de serviços de saúde privados. Caracteriza-se o rompimento do vínculo com a atenção básica, pois não é procurada pela família por estar desacreditada por essa, como unidade prestadora de cuidados.

Domingo passado, ela estava reclamando de dor de ouvido, na segunda eu levei ela na pediatra, no hospital (privado), eu paguei a consulta, ela passou o antibiótico, pois o ouvido dela estava infeccionado e pediu um raio-X porque ela tinha um pouco

de chio no peito. Eu fiz o raio-X na terça de manhã e levei para a médica, ela disse que estava com um pouco de catarro no pulmão e passou antibióticos. Eu dei antibiótico em casa e na quinta ela teve febre, eu levei ela novamente no consultório, ela fez outro raio-X e disse que tinha dobrado a quantidade de secreção no pulmão e me encaminhou para internar no PAC. Fui para o PAC, levei as radiografias para o médico de lá e ele já me encaminhou para cá. Ele falou que era uma bactéria bem forte, tinha se alastrado bastante, eles usam uns nomes que nós não entendemos muito, então eu fiquei bem apavorada (MF2A3).

Dentre os aspectos a serem discutidos em relação ao cuidado obtido por essa família, destaca-se a referência feita pelo familiar a respeito do diálogo de cuidado na ação terapêutica, traduzida pela terminologia utilizada pelo profissional e que o familiar não entende e se diz "apavorado" com o estado de saúde da criança. Percebe-se a dicotomia entre os saberes do profissional e do familiar como operante do ato terapêutico, pois, mesmo diferentes, cabe ao profissional saber operá-los de modo a considerar o diálogo para a autonomia do familiar, ao invés de expressar suas observações em linguagem não compreensível para o outro a quem dirige o cuidado.

A satisfação do usuário quanto ao atendimento foi analisada em uma USF em Ribeirão Preto, SP, Brasil, quando foram identificados três aspectos: o acesso, a interação entre a equipe e os usuários e a organização do trabalho na USF. Os sujeitos do estudo expressaram satisfação com a acessibilidade desde que aliada à atenção cuidadosa, diferente da família aqui citada, para a qual o acesso é um problema em função dos horários de atendimento e cujo cuidado não foi considerado resolutivo⁽¹⁷⁾.

Outro estudo⁽¹⁸⁾ que analisou a compreensão dos profissionais que compõem as equipes de ESF, sobre a humanização do cuidado, aponta como proposta para melhorar o cuidado, formar e qualificar profissionais, adequar as atividades ao papel profissional e melhorar a organização dos serviços, ou seja, assim como as famílias deste estudo percebem essas dificuldades nos encontros de cuidado, também os profissionais as percebem e apontam medidas como as citadas para atenuá-las.

Estudo⁽¹⁹⁾ realizado, tendo como perspectiva o acolhimento e cujo objetivo foi identificar e analisar aspectos pertinentes ao preparo para a relação trabalhador/usuário, em unidade de saúde da rede de atenção básica, de um município do Estado de São Paulo, Brasil, identificou que, teoricamente, a disponibilidade do trabalhador para o preparo do ambiente, de si próprio e da relação de atendimento propriamente dita perpassa o próprio trabalhador (seus afetos, desejos, projetos) e também o contexto no qual está inserido. Contudo, em seu cotidiano, o trabalhador normalmente não opera o

acolhimento, vive atribulado, correndo o tempo todo, com grande dispêndio de energia, sem parar para refletir sobre o que faz.

O depoimento das famílias remete aos limites de acesso impostos pela organização do serviço, a exemplo do horário de atendimento, que coincide com o horário de trabalho, inviabilizando que a família possa levar sua criança para atendimento, pois a unidade funciona em horário comercial. Ainda surpreende que, para uma unidade que opera com a estratégia de saúde da família, o familiar relate o acesso por meio de distribuição de fichas de consulta, outro fator limitante para que faça uso desse serviço.

[...] No posto de saúde, eu já desisti de levar, é bem difícil conseguir, tem que ir de madrugada e tem um sistema lá que eu não entendo, que é distribuído por área, eles dividiram o bairro em duas áreas e colocaram dois médicos, um para atender a área um e outro para atender a área dois, se você é da área dois e o médico que está atendendo é da área um, ele não te atende, por mais que tem vaga, às vezes tem ficha disponível mas ele não te atende, só te atende o médico da área dois se você for da área dois. Também é muito difícil para quem trabalha, porque abre às 8h e fecha às 12h, então no horário de almoço está fechado, abre 13h30 e, se eu não me engano, fecha 17h30. O horário que teria para procurar o posto de saúde está fechado, então eu nem vou (MF2A3).

Ressalta-se, ainda, a dificuldade expressa pelo familiar relativa ao funcionamento da USF, que tem duas equipes de saúde da família situadas numa mesma área física, dividindo geograficamente a área de adstrição dos usuários para o cuidado em saúde. O relato do familiar mostra que a adstrição da clientela, que deveria atuar como fator de vinculação da comunidade ao serviço, tornou-se fator impeditivo ao acesso à consulta médica.

Considerações Finais

As deficiências qualitativas da ABS vão implicar interações por CSAA, o que pode ser observado pelo caminho percorrido pelas famílias do presente estudo, pois os sintomas que começaram a ser avaliados no grupo das doenças respiratórias, evoluíram para agravamento, resultando na hospitalização das crianças, mesmo com o cuidado obtido. Como indicador da efetividade do sistema de saúde, a interpretação dessas hospitalizações deve ser dirigida aos arranjos tecnológicos de organização dos processos de trabalho do sistema que as geram, como resultado de políticas e ações executadas frente aos problemas de saúde. Observou-se que os atributos da atenção básica, especificamente o acesso de primeiro contato e a longitudinalidade do cuidado não foram contemplados nos serviços, nem o encontro terapêutico obteve sucesso prático.

Os compromissos políticos com a saúde da criança, como a atenção integral às doenças prevalentes da

infância (AIDPI), a agenda de atenção à saúde da criança e a estratégia saúde da família (ESF) requerem ações para os serviços de saúde apreendendo a criança em seu crescimento e desenvolvimento, seus determinantes saúde/doença nos processos terapêuticos, nas ações de cuidado, prevenção, reabilitação da saúde. Contudo, transformar essas propostas em ações cotidianas implica no compromisso dos serviços de saúde para transformar propostas em ação, para dar respostas resolutivas às necessidades de saúde das crianças e de suas famílias.

Do contrário, temos ações profissionais, de médicos e enfermeiros, estanques, muitas vezes sobrepostas, em programas desarticulados e que não contemplam a atenção integral, considerando os determinantes saúde/doença da população infantil. É preciso propiciar encontros de cuidado resolutivos, superando a concepção de ações focadas exclusivamente na demanda espontânea, com agenda de procedimentos, para encontros de cuidado efetivos, relacionais, dialógicos, pautados pela escuta atenta. Nessa perspectiva, é possível a criação de vínculo, responsabilização, autonomia na produção do cuidado à criança na atenção primária para a transformação necessária no cotidiano dos serviços de saúde e na prática da enfermagem.

Referências

1. Cardoso AM. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(7):1270-1.
2. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: 12º Seminário sobre a Economia Mineira; 29 agosto - 01 setembro 2006; Diamantina, Minas Gerais. Diamantina; 2006.
3. Caminal HJ, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención Primaria*. 2003;31(1):61-5.
4. Garg A, Sarkar S, Marino M, Onie R, Solomon BS. Linking urban families to community resources in the context of pediatric primary care. *Patient Educ Couns*. 2010;79(2):251-4.
5. Crampton P, Jatrana S, Lay-Yee R, Davis P. Exposure to primary medical care in New Zealand: number and duration of general practitioner visits. *N Z Med J* 2007;120(1256):s/p.
6. Bruner C, Fitzgerald C, Plaza C. Improving child health care through federal policy: an emerging opportunity. *Issue Brief (Commonwealth Fund)* 2008;46:1-7.
7. Pur A, Bohanec M, Lavrac N, Cestnik B. Primary health-care network monitoring: a hierarchical resource

- allocation modeling approach. *Int J Health Plann Manage.* 2010;25(2):119-35.
8. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(1):123-30.
9. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO; 2009.
10. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007;17(1):43-62.
11. Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva* 2008;4(2):159-72.
- 12) Cabral IE. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa em enfermagem. In: Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 177-203.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
14. 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.
15. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr.* 2005;81(3):251-8.
16. Franco TB, Mehry EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Mehry EE, Magalhães HM Júnior, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
17. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. Assistance in family health from the perspective of users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(3):436-43.
18. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(4):763-9.
19. Matumoto S, Mishima AM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida, MCP. Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(6):1001-8.

Recebido: 24.6.2011

Aprovado: 13.3.2012

Como citar este artigo:

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 [Internet].* maio-jun. 2012 [acesso em: _____];20(3):[9 telas].

Disponível em: _____

URL

dia
mês abreviado com ponto
ano