

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Daisy Cristina Rodrigues

**ACESSO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS**

**Santa Maria, RS
2017**

Daisy Cristina Rodrigues

**ACESSO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Tatsch Neves

**Santa Maria, RS
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rodrigues, Daisy Cristina
ACESSO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS / Daisy
Cristina Rodrigues.- 2017.
103 p.; 30 cm

Orientadora: Eliane Tatsch Neves
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Saúde da criança I. Tatsch Neves, Eliane II. Título.

Daisy Cristina Rodrigues

**ACESSO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 10 de março de 2017

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM) (Presidente/Orientadora)



Cláudia Silveira Viera, Dra. (UNIOESTE)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)

Aline Cammarano Ribeiro, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2017

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho
À Deus, minha fortaleza!
À minha amada família,
E a todos os professores que contribuíram na minha formação e qualificação.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a DEUS, por estar presente em todos os momentos da minha vida, sempre iluminando meus caminhos e abençoando minhas escolhas, sendo minha fortaleza e refúgio. Obrigado Senhor por permitir a realização desse sonho!

Aos meus pais Vera e Marcos que são os pilares na minha vida, obrigada pela confiança que depositam em mim, pelo apoio, pelas orações e incentivo incondicional nas minhas escolhas. Esta conquista se deve a vocês que acreditaram em mim e que muitas vezes, deixaram de lado seus sonhos e vontades para a concretização desse sonho. Gratidão eterna aos meus amores!

Ao meu amado companheiro Alex, pelo amor, carinho e amizade, por estar ao meu lado e sempre me apoiar e incentivar independente das circunstâncias. Obrigada por sonhar comigo, e caminhar junto em busca da realização desse sonho. Muito obrigada meu amor!

A minha irmã Gabrielly pelo incentivo, por sempre me desejar sucesso e felicidade, e por todo carinho.

A minha sobrinha Maria Helena, afilhada Alice e aos meus priminhos que com a inocência da infância me proporcionaram momentos de alegrias e distração, me motivaram e fomentaram em mim o desejo em contribuir na construção do conhecimento na área da saúde da criança.

À minha orientadora Dra. Eliane Tatsch Neves, pelo carinho e compromisso que sempre demonstrou, por sempre entender minhas limitações e exaltar minhas potencialidades. Por todo o conhecimento compartilhado e pelo apoio dado em todos os momentos dessa trajetória. Minha admiração e gratidão!

Gratidão a Andressa Silveira, pela paciência, compreensão e carinho durante essa trajetória. Obrigada pelos momentos de orientações e aprendizagem compartilhados durante a construção desse estudo.

Às minhas amigas e colegas de profissão Sara e Aluana, pela amizade verdadeira, pelos vários momentos que ouviram minhas dificuldades, e também, pelos momentos alegres que compartilhamos, mesmo sendo muitas vezes pelas redes sociais. Vocês são presentes que ganhei durante a graduação e levarei para toda a vida!

Meu carinho e agradecimento as minhas amigas, Jaqueline, Bruna Stamm, Thais, Ana Eliza, e Bruna Zanon, vocês são minha família gaúcha, me receberam de braços abertos, com muito carinho, compressão e parceria. Estarão para sempre em minha memória e coração!

Às professoras Dra. Cláudia Silveira Viera por me mostrar o mundo científico e a Dra. Anair Nicola Lazarotto, por incentivar minhas conquistas. Devo muito do que sou a vocês.

As professoras integrantes da banca examinadora, Enf. Dra. Cláudia Silveira Viera, Enf. Dra. Cristiane Cardoso de Paula e Enf. Dra. Aline Cammarano Ribeiro, agradeço pela disponibilidade e pelas importantes contribuições para qualificação da dissertação.

As bolsistas de iniciação científica, Raira e Carol pelo auxílio nas transcrições. Aos meus colegas de mestrado da 9º Turma e aos professores do Programa da Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM, por todos os momentos discussão, reflexão e aprendizado que contribuíram para o meu crescimento e formação.

Ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade (PEFAS/UFSM), por participarem de todas as fases e auxiliarem na construção de estudo.

Gratidão aos serviços da Atenção Primária à Saúde do município, e especialmente a todos os profissionais que se disponibilizaram a participar do estudo.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para realização desse sonho!

RESUMO

ACESSO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS

AUTORA: Daisy Cristina Rodrigues
ORIENTADORA: Eliane Tatsch Neves

As crianças com condições crônicas são expressivas nos serviços de saúde, tendo como um dos serviços de referência a Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, objetiva-se descrever o acesso da criança com condição crônica à atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de saúde e identificar a presença dos atributos essenciais da atenção primária à criança com condição crônica na percepção dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com vinte e oito profissionais de saúde que integram as equipes de Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia Saúde da Família do município de Santa Maria – Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a agosto de 2016, foram seguidas as recomendações e respeitado as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram organizados com auxílio do software QDA Miner 3.2, e tratados por meio da análise temática do tipo indutiva. Emergiram três unidades de sentido: “Conhecendo a condição crônica”, que abordou a significação de condição crônica na infância para os profissionais, e também foram identificadas as principais condições que acometem as crianças destes serviços de saúde predominando os problemas respiratórios. A segunda unidade de sentido refere-se a “Experiências e percepções dos profissionais de saúde acerca do acesso” aponta o significado de acesso, como ele ocorre, e os aspectos que favorecem e limitam a efetivação desse atributo. A terceira unidade de sentido “(Re)conhecendo os atributos da Atenção Primária à Saúde” revela fragilidades nos atributos Integralidade do cuidado à criança com condição crônica, a Longitudinalidade durante a atenção à saúde e a Coordenação do cuidado. Acredita-se que o estudo pode contribuir com subsídios para o planejamento da atenção à criança com condição crônica, possibilitando o acesso e fortalecendo os atributos os demais atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado a criança.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Acesso aos Serviços de Saúde. Condição Crônica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

ACCESS OF CHILDREN WITH CHRONIC CONDITION IN PRIMARY HEALTH CARE: PROFESSIONAL PERCEPTIONS

AUTHOR: Daisy Cristina Rodrigues
ADVISOR: Eliane Tatsch Neves

Children with chronic conditions are expressive in the health services, having as one of the reference services Primary Health Care. In this sense, the objective is to describe the child's access in chronic condition to primary health care from the perspective of health professionals And to identify the presence of the essential attributes of the primary care to the child with chronic condition in the perception of the health professionals. This is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach. To collect data, we conducted semi-structured interviews with twenty-eight health professionals who are part of the Basic Health Units and the Family Health Strategy teams of the municipality of Santa Maria - Rio Grande do Sul. Data collection took place in the months of April to August 2016, the recommendations were followed and the regulatory norms of research involving human beings were respected. The data were organized with the aid of QDA Miner 3.2 software, and treated through the thematic analysis of the inductive type. The analysis of the participants' statements emerged three units of meaning: "Knowing the chronic condition", which addressed the meaning of chronic condition in childhood for professionals, and also identified the main conditions that affect the children of these health services, predominating problems Respiratory. The suggestive unit of meaning refers to "Health professionals' experiences and perceptions about access" points to the meaning of access, as it occurs, and the aspects favor and limit the effectiveness of this attribute. The third unit of meaning "(Re) knowing the attributes of Primary Health Care" reveals weaknesses in the attributes Integrality of care to children with chronic condition, Longitudinality during health care and Coordination of care. It is believed that the study can contribute with subsidies for the planning of care for the child with chronic condition, making it possible to access and strengthen the attributes of the other attributes of Primary Health Care in child care.

Keywords: Child Health. Access to Health Services. Chronic Condition. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Decodificação das três unidades de sentido emergidas da análise de dados.....	47
Figura 02- Decodificação da primeira unidade de sentido: conhecendo a condição crônica.....	48
Figura 03 – Condições crônicas emergidas das análises das entrevistas.....	52
Figura 04 - Decodificação da segunda unidade de sentido: experiências e percepções dos profissionais acerca do acesso.....	55
Figura 05 - Decodificação da terceira unidade de sentido: (Re)conhecendo os atributos da atenção primária à saúde no cuidado.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro síntese das unidades de sentido e subtemas identificados nos trechos das entrevistas. Santa Maria-RS, 2016.....	36
Quadro 02- Caracterização dos participantes do estudo. Santa Maria-RS, 2016.....	44

.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
BR	Brasil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRIANES	Crianças com necessidades especiais de saúde
DCS	Dinâmica de criatividade e sensibilidade
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PHPN	Programa de humanização no pré-natal, parto e nascimento
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPGenf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada	94
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Autorização institucional.....	98
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.....	99
ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	102

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	19
1.2 OBJETIVOS	21
1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	22
2. REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DA SAÚDE DA CRIANÇA.....	24
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ACESSO	26
2.3 CRIANÇA COM CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE	29
3. PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL	32
3.2 TIPO DE ESTUDO	33
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO.....	34
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
3.5 GERAÇÃO DE DADOS.....	35
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	36
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	43
4.2 CONHECENDO A CONDIÇÃO CRÔNICA	49
4.2.1 Condição Crônica na infância na percepção dos profissionais de saúde	49
4.2.2 Identificando as condições crônicas	52
4.3 EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO ACESSO	55
4.3.1 Significando o acesso	56
4.3.2 O acesso de crianças com condição crônica na voz dos profissionais ...	60
4.3.3 Aspectos que favorecem o acesso da criança com condição crônica na Atenção Primária à Saúde	63
4.3.4 Limites do acesso da criança com condição crônica na Atenção Primária à Saúde	66
4.4 (RE)CONHECENDO OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO A CRIANÇA	75

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIA	89

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Ao longo da história da humanidade, a criança veio sofrendo as ações de acordo com as mudanças histórico-sociais de cada período. O reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos em desenvolvimento na atualidade resultou de longo processo social que incluiu desde as transformações na organização social, bem como na concepção da família acerca da infância até a esfera pública do convívio social desses sujeitos (ARIÉS, 2011).

A infância e a adolescência passam, a partir da década de 1980, a ser compreendidas como categorias socialmente construídas, passando ao Estado a responsabilidade e obrigatoriedade de proporcionar saúde, educação e assistência a esse grupo sendo garantido pelo art. 227 da Constituição Federal de 1988 (ARIÉS, 2011; BRASIL, 1988). Contudo os direitos da criança ficam evidentes e são assegurados na década de 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que os reforçam e protegem (BRASIL, 1990).

As primeiras políticas de saúde voltadas para as crianças têm relação com as políticas sociais, as quais estão vigentes no período, de modo geral com a produção de conhecimento sobre o processo saúde/doença das crianças, sendo que as primeiras apresentavam caráter curativo e individualizado. Contudo as demais políticas implantadas buscaram superar os conceitos centrados no atendimento individualista à saúde, com ações e medidas que buscavam garantir a sobrevivência e a qualidade de vida infantil incrementando a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção a criança (ARAÚJO et al, 2014).

Com a melhoria das condições de vida da população, o progresso tecnológico, o desenvolvimento econômico e social, possibilitaram diagnósticos mais precisos, terapêutica mais adequada, fatores que contribuiriam para a redução da mortalidade infantil, propiciando o aumento da sobrevivência das crianças (ARAÚJO et al, 2014; MENDES, 2012).

O Brasil está passando por um período de transição epidemiológica, apresentando uma tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das

condições crônicas (MENDES, 2012). Dados epidemiológicos apontam que 9,1% de crianças de 0 a 5 anos e 9,7% de 6 a 13 anos de idade do total geral da população nessa faixa etária apresentam doença crônica (IBGE, 2010).

As internações de crianças de zero a quatorze anos de idade no Brasil por condições crônicas, no período de agosto de 2015, apresentou 39.666 internações por doenças do aparelho respiratório, no qual a asma representou 5.524 internações. As neoplasias totalizaram 3.664, sendo que as internações por leucemia representaram 1.322. Ainda em relação a crianças de zero a quatorze anos de idade, as doenças endócrinas e metabólicas somaram 2.414 internações no Brasil, o diabetes mellitus representaram 508 internações; os transtornos mentais e comportamentais totalizaram 201 internações hospitalares. Os dados refletem uma mudança de paradigma, visto que essa nova clientela, necessita expressivamente dos serviços de saúde (DATASUS, 2015).

Para denominar esse grupo de crianças são utilizadas, com maior frequência, três denominações, sendo elas: Criança com Doença crônica; Criança com Condição crônica; Crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) (VAN DER LEE et al., 2008). Adotou-se, nesse estudo, o conceito de condição crônica, devido a classificação específica e por ser melhor compreendida entre os profissionais de saúde, embora assumam-se a inserção destas crianças no grupo das CRIANES.

A condição é considerada crônica quando tem previsão de durar mais do que três meses e apresentar comprometimento que necessite de cuidados mais do que o esperado para crianças com a mesma idade (PERRIN, et al. 1993).

A condição crônica na infância, segundo Stein et al., (1993) envolve aspectos de base biológica, psicológica e cognitivas podendo durar até um ano, e apresentando uma ou mais sequelas, sendo elas: (1) limitações das atividades físicas, cognitivas, emocional e de crescimento e desenvolvimento em comparação com criança da mesma idade; (2) dependência de recursos para compensar ou minimizar as limitações, como o uso de medicamentos, alimentação especial e tecnologia; (3) necessidade de serviços de saúde, psicológicos ou educacionais acima do usual para a idade da criança.

A criança com condição crônica, precisa ser assistida em todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2011), a Atenção Primária a Saúde (APS) é um dos pontos de atenção essencial, pois é o componente de um sistema

integrado de serviços de saúde, como organizadora dos serviços de atenção à saúde, desempenha um papel coordenador para interação entre todos os elementos integrantes da rede, cumprindo, para tanto, as funções de resolução, organização e responsabilização.

A APS é definida como primeiro nível de atenção no sistema de saúde, a qual é caracterizada como a porta de entrada, na rede de atenção sendo a coordenadora dessa rede e responsável pelo cuidado a criança (STARFIELD, 2002). Um dos atributos da APS é garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo a criança e família, promovendo a vinculação pela atenção às suas necessidades de saúde. O acesso ao usuário é fundamentado no acolhimento, escuta qualificada e pela oferta de um serviço com resolutividade da maioria dos problemas de saúde e responsabilização pelo acompanhamento do cuidado, mesmo que esse seja ofertado em outro ponto da rede de atenção (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, tem-se, como questões de pesquisa: Como se caracteriza o acesso de crianças em condição crônica na Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva dos profissionais de saúde? Qual a percepção dos profissionais de saúde quanto aos atributos da APS na atenção às crianças em condição crônica?

Para tanto, tem-se como objeto de estudo: Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde a criança com condição crônica.

1.2 OBJETIVOS

- Descrever o acesso da criança com condição crônica na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de saúde.

- Conhecer a percepção dos profissionais sobre os atributos da atenção primária na atenção à criança com condição crônica

1.3 JUSTIFICATIVA

Diante de tais inquietações, a proposta de estudar as percepções dos profissionais de saúde quanto ao acesso de crianças com condição crônica na APS pode contribuir com subsídios para o planejamento do cuidado no sentido de possibilitar o acesso em prol da coordenação do cuidado. Ainda, na perspectiva de fomentar momentos e espaços de reflexão para os profissionais de saúde participantes do estudo, os quais poderão repensar sobre suas práticas cotidianas.

Com base nas produções científicas consultadas para subsidiar a elaboração do projeto, acerca do tema: criança com condição crônica evidenciou que os estudos abordam questões referentes à adesão ao tratamento, qualidade de vida, a vivência da criança em condição crônica. Quanto ao acesso da criança nesta condição, os estudos apresentam a percepção de familiares e cuidadores, sendo possível identificar uma lacuna no conhecimento científico, no que se refere à percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso destas crianças na atenção primária à saúde.

Esta proposta de estudo também se justifica por ir ao encontro com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual é constituída de sete eixos estratégicos, a fim de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança. Dentre os eixos estratégicos o quarto eixo desta política é referente atenção integral a crianças com doenças crônicas prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar, sempre que possível, apontando a necessidade de ações voltadas a criança que se encontram nessa situação de saúde (BRASIL, 2015).

Ademais, este estudo vem ao encontro com a agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde proposta pelo Ministério da Saúde que propõem estudos sobre doenças não transmissíveis, as quais incluem as condições crônicas, e na área da saúde da criança e do adolescente que também contemplam as condições crônicas, para a produção de conhecimentos (BRASIL, 2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é referente aos elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: evolução histórica e política da saúde da criança; Atenção Primária à Saúde e o acesso; Criança em condição crônica de saúde.

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DA SAÚDE DA CRIANÇA

As primeiras políticas de saúde voltadas para as crianças têm relação com as políticas sociais, vigentes no período. Desde o século XIX se tem registros de medidas governamentais na tentativa de resolver os diversos problemas de saúde, porém tais tentativas não apresentavam sucesso, mas com a estratégia de Oswaldo Cruz no início do século XX, foi possível obter mais resultados, os quais são demonstrados pela redução da mortalidade por pestes, das epidemias provocadas pela Varíola e com a erradicação da Febre Amarela (PEREZ; PASSONE, 2010 LOPEZ; CAMPOS, 2010).

Ainda no século XX com o aumento do processo de industrialização e conseqüentemente o aumento da urbanização, levou a uma relação entre as políticas de saúde e a previdência social. A partir desta relação foi criada a Lei Eloy Chagas, que deu origem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que credenciavam a assistência. O modelo de previdência norteou os anos 30 a 45 no Brasil por meio da orientação contencionista. Em 1930, também foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (PEREZ; PASSONE, 2010; LOPEZ; CAMPOS, 2010; ARAÚJO et al, 2014).

Mesmo antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) já se havia uma maior preocupação em criar Políticas e Programas de Saúde voltados para as crianças, dentre estas estava o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), o qual foi adotado em 1984 pelo Ministério da Saúde em parceria aos

estados e municípios. O PAISC priorizou cinco ações básicas, a fim de incrementar a capacidade de resolutiva dos serviços de saúde na atenção a criança. As cinco ações básicas são: Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; Incentivo ao aleitamento materno; Imunização de todas as crianças; Controle e o manejo das infecções respiratórias agudas; Controle das diarreias agudas com utilização de terapia de reidratação oral. A elaboração do PAISC objetivou superar os conceitos centrados no atendimento individualista à saúde. Sendo assim, um programa em saúde que auxilia a forma de organizar tecnologicamente o trabalho, tendo como base a epidemiologia (ARAÚJO et al, 2014).

De acordo com o Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, um dos componentes da estratégia é o conversando com as mães com ênfase na comunicação em saúde como recurso mediador do conhecimento sobre os sinais de risco e as formas de tratamento recomendadas para os problemas de saúde classificados. Desta forma, a educação em saúde deve ser de caráter individual, observando as necessidades pessoais. Outra estratégia integrada do AIDPI é a de levar em conta a variedade existente de fatores que colocam em risco as crianças. Assegurando que se utilize a combinação apropriada de ações para tratar as principais doenças na infância, como acelerar o tratamento de urgência em crianças gravemente doentes (ARAÚJO et al, 2014; BRASIL, 2011a).

Com a implantação do SUS foram propostas, muitas outras ações e medidas para garantir a sobrevivência e a qualidade de vida infantil, além das supracitadas, dentre essas ações as que mais se destacaram foram o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, o qual tinha o intuito de detectar transtornos que poderiam afetar o crescimento e desenvolvimento psicomotor e social da criança; a terapia de reidratação oral; o incentivo ao aleitamento materno, este programa tem como objetivo realizar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; o programa de humanização no pré-natal, parto e nascimento (PHPN); o programa de humanização do pré-natal e nascimento, este venho para melhorar o acesso ao pré-natal e assim diminuir a mortalidade materna e neonatal; os registros de nascimento; o programa nacional de triagem neonatal e o teste do olhinho (LOPEZ; CAMPOS, 2010; PEREZ; PASSONE, 2010; BRASIL, 2011a).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com o objetivo de

melhorar os indicadores de saúde desta população. Esta ação tinha como foco o acompanhamento das crianças não apenas nas unidades de saúde, mas também nos domicílios, creches e escolas (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde em 2006 estabelece o Pacto pela Vida, o qual é focado em um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, com a pactuação de metas e prioridades, tais como a redução da mortalidade infantil e materna, com o objetivo de apoiar e elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes (BRASIL, 2006a).

Em cada momento político que vive o Brasil, tentativas são feitas para melhorar as condições de saúde da população e em específico da saúde da criança. Nesse sentido, em 2011, para operacionalizar a atenção à saúde em redes, é lançada a portaria nº 1.459, que institui a Rede Cegonha, a qual tem como um dos seus objetivos é prestar atenção integral a saúde da criança nos primeiros dois anos de vida, desde a promoção do aleitamento materno até a oferta de atendimento médico especializado para eventuais necessidades. Outra ação prevista na Rede Cegonha direcionada às crianças é a de equipar as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha) para garantir um transporte seguro do recém-nascido quando for necessário (BRASIL, 2011c).

No ano de 2015 foi instituído a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual é constituída de sete eixos estratégicos, que orientam as ações e serviços de saúde da criança. Dentre os eixos estratégicos, o quarto aborda a questão da atenção integral a crianças com doenças crônicas (BRASIL, 2015).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ACESSO

A atenção à saúde da criança tem como um dos pontos atenção a Atenção Primária a Saúde (APS) definida como primeiro nível de atenção no sistema de saúde, a qual é caracterizada como a porta de entrada, na rede de atenção sendo a coordenadora dessa rede e responsável pelo cuidado a criança (STARFIELD, 2002).

A APS foi fundamentada, baseada no Relatório de Dawson em 1920 na Grã-Bretanha, o qual organizava os serviços de saúde em três níveis principais de

serviços. Os princípios para todos os sistemas de saúde do mundo foram definidos pela Conferência Alma-Ata de 1978 (STARFIELD, 2002), na qual a APS foi definida como uma atenção essencial à saúde, a qual é baseada na tecnologia e em métodos práticos comprovados cientificamente, sendo universalmente acessível. Parte integral do sistema de saúde, apresentando enfoque no desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo o primeiro nível de contato entre a comunidade e o sistema de saúde (OMS, 1978).

A partir dessa definição elaborada na Conferência, foram elencadas elementos essenciais da APS como, saneamento básico, prevenção de endemias, programa materna infantil, entre outros elementos que apontavam a saúde como direito humano. Em 1979 na Assembleia Mundial de Saúde foram elaborados os componentes fundamentais da APS, e proposto como meta mundial “Saúde para todos no ano 2000”, baseada na APS (STARFIELD, 2002).

Contudo a APS apresentou uma variação de interpretação nas diferentes regiões e ao longo da história, gerando ambiguidade entre algumas definições (MENDES, 2012). Havendo três principais interpretações da APS, sendo APS como atenção primária seletiva; nível primário do sistema de atenção à saúde; como estratégia de organização do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

A interpretação da APS como atenção primária seletiva é compreendida como um programa destinado a populações específicas oriundas de regiões pobres, a assistência ofertada por profissionais com baixa qualificação, com tecnologias simples e sem possibilidade de encaminhamento a outros pontos de atenção (STARFIELD, 2002).

Com relação a interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde é entendida como porta de entrada e organizadora do sistema, resolvendo os problemas mais comuns de saúde, atendendo as demandas da população, restritas, no entanto as ações se caracterizam como atenção de primeiro nível. (STARFIELD, 2002).

Já a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é compreendida como uma forma de reordenar os recursos do sistema afim de, suprir as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte, e como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (STARFIELD, 2002).

No Brasil a APS era trabalhada de forma pontual, a partir da constituição de 1988, que foi observado mudanças significativas no sistema de saúde, principalmente com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que se caracteriza como a centralidade da APS, o PSF posteriormente evoluiu para Estratégia de Saúde da Família, na qual as ações estão baseadas na reorganização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

A APS é uma abordagem que se fundamenta e determina os outros níveis do sistema, organiza, racionaliza os recursos e direciona para a promoção, manutenção e a melhora das condições de saúde. APS é composta por elementos estruturais que compreendem a acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. E os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002).

Os serviços da atenção primária assumem a organização da assistência à saúde em redes, coordenando o sistema e compartilhando a responsabilidade pelo acesso (MENDES, 2011). A rede de atenção à saúde refere-se a um sistema com um arranjo poliárquico de serviços de saúde vinculados, que permitem uma atenção contínua e integral a determinada população, a atenção primária ocupa o papel central na organização como coordenadora das redes integradas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

No Brasil a Atenção Básica (AB) vem sendo definida como sinônimo de Atenção Primária (BRASIL, 2007). E definição de AB com sinônimo de APS é fortalecida com a Política Nacional de Atenção Básica (PAB) aprovada em 2011, a qual, estabelece, 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) (BRASIL, 2011a). Neste estudo também adotaremos a definição de sinônimos entre os termos.

A PAB sustenta como um dos fundamentos e diretrizes, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde com qualidade e resolutivos, caracterizando como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011b). Os fundamentos e diretrizes da PAB vem ao encontro com um dos atributos a APS, o qual é garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos,

acolhendo a criança e família, promovendo a vinculação pela atenção às suas necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Revelando a necessidade e importância de promover e garantir o acesso a APS. O acesso ao usuário é fundamentado no acolhimento, escuta qualificada e pela oferta de um serviço com resolutividade da maioria dos problemas de saúde e responsabilização pela continuidade do cuidado, mesmo que esse, seja, ofertado em outro ponto da rede de atenção (STARFIELD, 2002).

Diante disto um sistema de APS adequado pode possibilitar a redução de uma atenção à saúde insatisfatória como a dificuldade de acesso aos serviços. O acesso deve ser universal, sem necessariamente ter relação com o grau de necessidade de saúde, prestando cuidados às condições crônicas de saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

2.3 CRIANÇA COM CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE

As demandas de saúde das crianças estão em transição, às crianças estão apresentando doenças com maior período de duração podendo se estender ou não apresentar cura, Va Der Lee *et al* (2007), apresenta três denominações, para essa clientela de crianças, sendo elas: Doença crônica; Crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES); e Condição crônica.

O termo doença crônica, é conceituado como condição física com baixo risco de mortalidade, que apresenta como característica um período de duração maior que três meses em um ano ou que necessita de período de hospitalização contínua maior que um mês, interferindo nas atividades cotidianas da criança (PLESS e DOUGLAS, 1971).

As crianças com necessidades especiais de saúde representam crianças que precisam de cuidados especiais de saúde, sendo temporário ou permanente, podendo estar relacionado aos aspectos físicos, comportamental ou emocional, com risco de desenvolvimento de doença crônica. É denominada pela primeira vez pelo Maternal and Health Children Bureau (Estados Unidos), pela primeira vez, em 1998, de Children with Special Health Care Needs (CSHCN) (MCPHERSON *et al*, 1998).

Pode ser considerada como condição crônica quando se tem previsão de durar mais do que três meses e apresentar comprometimento que necessite de cuidados mais do que o esperado para crianças (PERRIN, et al.1993).

Podendo envolver aspectos de base biológica, psicológica e cognitiva podendo durar até um ano, e apresentando uma ou mais sequelas, sendo elas: (1) limitações das atividades físicas, cognitivas, emocional e de crescimento e desenvolvimento em comparação com criança da mesma idade; (2) dependência de recursos para compensar ou minimizar as limitações, como o uso de medicamentos, alimentação especial e tecnologia; (3) necessidade de serviços de saúde, psicológicos ou educacionais acima do usual para a idade da criança (STEIN, 1993). Nesse trabalho adotamos o conceito de condição crônica, como já citado anteriormente.

A criança com condição crônica passa por um tratamento complexo, demorado, prolongado, que exige cuidados permanentes, vivência situações de superação e constante aprendizado. Neste contexto, a descoberta da condição crônica na infância provoca alteração no cotidiano da criança e da família. Essas mudanças são acompanhadas por novas experiências, limitações no crescimento e desenvolvimento e por uma necessidade de atenção e cuidados permanentes. Nesta perspectiva, o cuidado a criança com condição crônica precisa ser integral e holístico, com acesso aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção (SILVA, 2012).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será apresentado o caminho metodológico proposto visando responder o objetivo delineado. Será descrito a caracterização do projeto matricial, o tipo de pesquisa, a caracterização dos participantes envolvidos, o cenário do estudo, participantes do estudo, geração de dados e análise dos dados da pesquisa. Além disso, apresentam-se os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL

Esta proposta integra um estudo multicêntrico intitulado como “Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção básica em saúde: prevalência e acesso”, o qual está sendo desenvolvido nos municípios de Ribeirão Preto- SP, Rio de Janeiro-RJ e Santa Maria-RS e tem a previsão de finalizar-se em dezembro de 2017.

Refere-se a uma pesquisa quanti-qualitativa que tem como objetivos estimar a prevalência de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) em serviços de atenção básica em saúde; conhecer o acesso destas crianças a estes serviços; descrever os saberes e as práticas dos profissionais de saúde dos serviços da atenção básica acerca do acesso das crianças com necessidades especiais de saúde a estes serviços; identificar e classificar o grau de risco familiar das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde.

Os cenários do estudo serão Unidades básicas de saúde e as Estratégias de saúde da família, urbanas dos municípios integrantes do estudo.

O estudo é composto de duas etapas. Na Fase I, foi realizado um estudo seccional, que teve por base o instrumento CSHCN Screener© adaptado culturalmente para o português do Brasil aplicado aos cuidadores familiares de crianças em qualquer tipo de atendimento nos serviços de atenção básica em saúde nos municípios cenários do estudo.

A Fase II, trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa dos dados, desenvolvido a partir de entrevistas semiestruturadas e

dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS) Mapa Falante e aplicação do instrumento sobre avaliação de risco com os familiares de CRIANES identificados na FASE I, e será desenvolvido entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde.

Este estudo insere-se na Fase 2 – qualitativa e pretende desenvolver o objetivo de descrever o acesso de crianças com condição crônica na atenção primária a saúde na perspectiva dos profissionais de saúde. Adotou-se neste estudo o termo condição crônica, devido a classificação específica e por ser melhor compreendida entre os profissionais de saúde, embora assumam-se a inserção destas crianças no grupo das CRIANES.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo fundamentado, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa é empregada ao se abordar o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa permite a elaboração de enfoques inovadores, análise e desenvolvimento de novas conceituações (MINAYO, 2014). A ‘utilização desta também se aplica em “investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos” (MINAYO, 2014, p. 57). A abordagem qualitativa se caracteriza por buscar compreender as experiências humanas vividas pelos participantes, o que é possível a partir da descrição da experiência, tal qual ela é definida pelos mesmos (TURATO, 2003).

A pesquisa exploratória em sua essência busca uma maior familiaridade com o objeto do estudo, visando o esclarecimento ou a constituição de hipóteses (GIL, 2010). Para o autor no que diz respeito à pesquisa do tipo descritiva, esta tem como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, visa estabelecer relações entre variáveis.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Santa Maria-RS, localizado geograficamente na região central do estado do Rio Grande do Sul, a 300 km de distância da Capital, com uma população estimada de 276.108 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

A Atenção Primária a Saúde do município, por sua vez, é constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde e 14 Estratégias Saúde da Família (ESF) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2015).

Para o desenvolvimento do estudo, as Unidades Básicas de saúde e as Estratégias de Saúde da Família, urbanas foram selecionadas a partir de sorteio realizado na Fase I do projeto multicêntrico, constituindo-se de oito unidades entre ESF e UBS. Deu-se início à coleta pela primeira unidade sorteada e, assim, consecutivamente. As entrevistas foram realizadas com todos os profissionais que aceitarem participar do estudo, respeitando a voluntariedade e autonomia dos participantes. O encerramento da coleta de dados se deu a partir do alcance da consistência teórica que responda ao objetivo do estudo (MOREIRA; CALEFFE, 2006)

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes envolvidos no estudo foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares em enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos) integrantes das equipes das unidades de saúde que atendem crianças, em se tratando de unidade básica de saúde.

Foi estabelecido como critério de inclusão: ser profissional de saúde atuante nestes locais. O critério de exclusão: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza (gestante, doença, férias), no período estabelecido para a geração de dados.

3.5 GERAÇÃO DE DADOS

Para a geração de dados foram desenvolvidas entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada consiste em uma combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer acerca o tema em questão sem se limitar ao questionamento enunciado (MINAYO, 2014).

Foi elaborado um roteiro de entrevista, dividido em duas partes: a primeira relacionada aos dados de caracterização e formação dos profissionais de saúde contendo questões fechadas, e a segunda parte composta por questões abertas referentes à percepção dos profissionais acerca da temática e questões elaboradas com vinhetas, que podem ser definidas como uma técnica de coleta de dados, na qual o participante do estudo é convidado a se posicionar sobre descrições de uma situação que pode ser real ou hipotética (POLIT e HUNGLER, 1995). As vinhetas utilizadas foram retiradas de estudos sobre a percepção dos cuidadores e familiares quanto ao acesso de crianças na APS (APÊNDICE A).

A pesquisadora responsável foi a cada uma dos serviços cenário do estudo, e realizou o contato com a coordenação das mesmas, sendo construída uma lista dos profissionais que poderiam participar do estudo com base nos critérios de inclusão e exclusão. Desta forma, após este contato, iniciaram-se as entrevistas ou o agendamento prévio das mesmas, conforme a disponibilidade de cada participante.

As entrevistas tiveram caráter individual, e foram realizadas no serviço em que o participante trabalhava, em um espaço que garantiu a privacidade deste. As entrevistas foram gravadas (áudio), com o consentimento do mesmo, com a finalidade de registrar integralmente a fala, assegurando material autêntico para a análise. Posteriormente, foram transcritas sob dupla transcrição independente, buscando identificar possíveis inconsistências no material empírico.

A geração dos dados foi realizada no período de abril a agosto de 2016, sendo encerrada a partir do alcance da consistência teórica que responda ao objetivo do estudo (MOREIRA; CALEFFE, 2006), cada entrevista, teve seu áudio e transcrição analisada, após sua realização.

Foi empregado um diário de campo, em que a pesquisadora anotou informações que considerou ser relevante para o estudo. Neste sentido, o diário de campo compreende um recurso fundamental para a pesquisa, possibilitando o

registro de observações, sentimentos e vivências, que poderão subsidiar a análise dos dados coletados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Para apreciação dos dados obtidos foi utilizada a análise temática indutiva proposta por Braun e Clark, é um tipo de análise de conteúdo de abordagem acessível e flexível, utilizada nas análises de dados qualitativos (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise temática indutiva é um método para identificar, analisar e relatar temas (padrões) que emergiram dos dados, o que permite organizá-los e descrevê-los em detalhe (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise indutiva busca identificar, analisar e relatar padrões a partir dos dados coletados, os padrões são denominados núcleos temáticos e são partes do conjunto de dados e relaciona-se intimamente com a questão de pesquisa. Este tipo de análise encontra-se operacionalmente dividido seis fases, sendo, a de familiarização com os dados; geração dos códigos iniciais; busca por temas; revisão dos temas identificados; definição e nomeação dos temas e elaboração do relatório final (BRAUN; CLARKE, 2006).

As fases para a realização da análise indutiva foram as seguintes:

1) A primeira fase foi o momento de imersão e familiarização com os dados. Nesta etapa, por meio da escuta das gravações, a transcrição das entrevistas e com leituras exaustivas, emergiram as impressões iniciais da pesquisadora.

2) Na segunda fase iniciou-se a identificação e a criação sistemática de códigos, que são as ideias iniciais, para realização desta fase foi utilizado o software QDA Miner 3.2, recurso que auxiliou no processo de organização dos dados.

3) Na terceira fase, após as codificações, iniciou-se a revisão das unidades codificadas para os agrupamentos e a construção de temas.

4) Na quarta fase, revisou-se os temas e a validade deles em relação aos códigos e aos dados. Durante essa fase, também foi utilizado o software QDA Miner 3.2, para recuperação dos dados e posterior refinamento dos temas.

5) Na quinta fase realizou-se a nomeação dos temas, tendo em vista a preocupação de delimitar com clareza o objeto do estudo e a questão da pesquisa.

Braun e Clarke (2006) orientam que os títulos precisam ser concisos e dar imediatamente ao leitor a noção do que aquele tema aborda.

6) Na sexta e última fase, construiu-se um relatório dos conteúdos e significados dos temas que emergiram dos dados, análise e interpretação com base na literatura e em nossas reflexões, considerando o cenário dos participantes.

O quadro a seguir (Quadro 1), é um exemplo, do exercício realizado na decodificação dos dados, foi constituído com a finalidade de facilitar a compreensão da construção das unidades de sentidos, por meio das seis fases da análise indutiva, sendo possível exemplificar o processo.

Quadro 1 – Quadro síntese das unidades de sentido e subtemas identificados nos trechos das entrevistas. Santa Maria-RS, 2016.

Unidades de Sentido	Subtemas	Alguns trechos das entrevistas
<p>Conhecendo a condição crônica..</p>	<p>Condição Crônica na infância na percepção dos profissionais de saúde</p>	<p>[...]estar estabelecida alguma doença, alguma patologia com duração maior que três meses, que vá acompanhar que não seja uma aguda, um evento[...]. (E4)</p> <p>A criança com condição crônica, necessita de atenção e atendimento nosso da enfermagem do pessoal da saúde pública porque, eles tem necessidades especiais, e precisam ser supridas[...]. (E1)</p> <p>Crônico para mim aqui eu acho que é crônico o cuidado das mães, a maneira como elas cuidam das crianças pra mim é crônico [...] Por que as crianças estão sempre aqui com as mesmas queixas [...] O crônico maior é gripe [...] é sempre as mesmas mães as mesmas coisas! A hoje está com febre a hoje está com dor de ouvido, dor de garganta é sempre as mesmas queixas eu acho que crônico é o cuidado a falta de cuidado. (E5)</p>
	<p>Identificando as condições crônicas</p>	<p>[...] Mas mais é, questões de infecções respiratórias. (E26)</p> <p>Eu acredito que as que mais aparecem são as doenças respiratórias. [...] Aqui nessa unidade, eu acredito que tenham crianças com outras situações, alguma criança com diabetes ou com doença cardíaca, mas eu acredito que a parte respiratória está à frente das outras mesmo[...].(E20)</p> <p>[...]paralisia, algumas deficiência mental, Física, diabetes tem bastante também hipertensão Essas quando são diagnosticadas é as que mais aparece né ah tem também a obesidade agora uma epidemia né [...].(E27)</p>

<p>Experiências e percepções dos profissionais de saúde acerca do acesso</p>	<p>Significando o acesso</p>	<p>Acesso é ser acolhido independente do horário que chegar ter um direcionamento aqui dentro, se não puder ser resolvido no dia mas que tem um encaminhamento que o paciente saia daqui sabendo que vai ser atendido no outro dia ou que vai ser encaminhado para outro serviço que alguma coisa vai ser feito e o acesso para as crianças se tem alguma deficiência física ou mental a gente procura a ver qual é a maior vulnerabilidade se precisa ser passado antes. (E22)</p> <p>Acesso é assim vim aqui conseguir uma consulta até ter a última resposta entendeu? Porque não adianta ela conseguir uma consulta aqui e digamos que vem aqui diz “olha não a criança não tá se sentindo bem e ela precisa de atendimento” mas sim eu preciso do atendimento especializado e daí eu parei nessa consulta. Então o acesso tem que ser todo tem que ser em etapas que tem que ser seguida. O acesso tem que ser continuo completo [...] Claro que às vezes a gente bate em alguns entraves como, por exemplo a gente tem algumas crianças especiais, especiais mesmos! Então já dificulta um pouco, mas mesmo assim a gente consegue dar alguma resposta [...] Olha digamos que uns 70% a gente consegue é pouco sei que teria que ser 100% mas é o que a gente consegue. (E21)</p> <p>Olha, para mim o acesso na atenção primária tem que ser de imediato. A porta de entrada onde as pessoas serão triadas farão consultas e a maioria das coisas pode ser resolvida aqui. Eu acho que aqui na atenção primária é onde as pessoas tem que ter acesso, não adianta tu ter uma tosse e ir para o P.A., eu acho que o acesso é fundamental, que elas tenham esse acesso de chegar à unidade, de tentar resolver as coisas primeiro por aqui. Eu acho que as pessoas tem que ter condições de ter esse acesso rápido para poder direcionar depois se necessário. (E20)</p>
	<p>Acesso: verificando como ocorre conforme a percepção dos profissionais</p>	<p>[...] geralmente as consultas aqui são agendadas então a gente sempre procura atender a todos da mesma maneira, mas essas crianças que tem essa necessidades especiais a gente procura sempre dar um, assim uma chance maior, da gente deixar no caso até vagas assim disponíveis para eles por que a gente que eles necessitam.(E1)</p> <p>Assim ó, se é uma criança portadora de necessidades especiais, menor de dois anos, tem atendimento por telefone, portadora de necessidade especial depois dos dois anos, também consegue atendimento por telefone. Ou ela pode chegar até a recepção, sei lá se ela quer uma consulta com o médico, uma coisa assim, ou sei lá fazer um curativo, fazer uma nebulização uma coisa assim. Ela vem até a Enfermagem, aqui é acolhido, o que mais. [...]. (E4)</p> <p>assim a estratégia faz um agendamento na quarta Feira em reunião de equipe então os agentes comunitários de saúde eles vão pegar na sua</p>

		<p>comunidade as pessoas que mais precisam e vão trazendo para consulta então nessa classificação dos agentes que as crianças que tiverem algum problema que precisa de alguma acompanhamento agente vai colocar em primeiro né preferência, agora o resto daí não é vem por demanda espontânea daí porque o médico não tá conseguindo atender tudo [...] mas a gente consegue acolher ainda com todas as dificuldades a gente consegue dar um direcionamento para quem chega sabe [...]. (E22)</p> <p>Ele ocorre pela procura das mães, pelo agendamento, pela busca do serviço [...]. (E18)</p>
	<p>Aspectos que favorecem o acesso da criança com condição crônica na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Facilita o acesso a questão da equipe ter uma visão de trabalhar junto [...]. (E27)</p> <p>[...] tem muitas Unidades que não tem os médicos que nós temos aqui [...] tem três pediatras, tem além de dois médicos da Estratégia, tem mais dois clínicos. (E8)</p> <p>O trabalho feito pelas agentes comunitários de saúde [...] principalmente o agente comunitário de saúde que é um dos principais elos de ligação entre o serviço e a comunidade bom esse é fator que eu acredito que favorece o acesso. (E23)</p> <p>Um dos fatores que facilita é a questão de horário da unidade, que funciona das 7h da manhã às 19h da noite sem fechar ao meio dia. É a única unidade de Santa Maria que faz isso[...] O SUS que eu trabalho tem acolhimento, as pessoas não têm hora para chegar e elas não precisam de ficha. (E19)</p>
	<p>Limites do acesso da criança com condição crônica nos serviços da Atenção Primária à Saúde</p>	<p>[...] precisa de mais profissionais dentro das unidades básicas de saúde, por que se aqui é a porta de entrada do SUS nós temos que ter braços para trabalhar né, não adianta tu ter um postinho com uma área de abrangência de vinte mil pessoas com uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem uma para de manhã e outra para de tarde e ai tu nunca vai dar conta tu nunca vai visualizar os casos com tranquilidade, vê o que cada mãe familiar precisa, fica desumano fazer o atendimento do jeito que está. (E2)</p> <p>[...] o médico de saúde da família, muitas vezes, eles não são resolutivos nessas questões de doenças crônicas, crianças, por exemplo [...]. (E20)</p> <p>[...] atenção primária do município é menos que 20% então não tem como a gente querer atender toda a população que precisa porque cada vez mais a população está usando o SUS Então isso é inevitável essas filas de acesso porque atenção básica não tem cobertura para atender todo mundo então vai se formar filas. (E22)</p> <p>E chega no final do dia o profissional fica estressado. É muita coisa, tu não consegue resolver tudo, tudo. Tu cansa! Chega metade da manhã tu cansa. O outro turno tu empurra. Então, assim deveria ter mais gente pra atender. (E14)</p>

		<p>[...] situação é muito precária, muito mesmo, do esgoto vazar, da janela não abrir, de tu não ter ventilação, de tu ter insetos invadindo a farmácia do posto, então tem que ver também qual é a situação dos profissionais de cada caso. É uma situação difícil para os dois lados, tanto par aos usuários quanto para os profissionais e é uma oportunidade de eles se unirem para cobrarem da gestão melhor condição de atendimento [...] porque em muitas vezes as condições são tão precárias que os profissionais acabam acreditando realmente que eles não conseguem fazer nada e daí mergulham nessa falsidade de que não conseguem fazer nada [...]. (E19)</p>
<p>(Re)conhecendo os atributos da Atenção Primária à Saúde</p>		<p>Bah, só tem aqui o programa da criança que é da universidade, mas que eu acho que é de toda criança até dois anos e não só das com doença crônica. E o único programa aqui que eu sei que é para criança e adolescente [...]. (E13)</p> <p>Aqui no posto é em torno de quarenta mil habitantes, aí tem agente de saúde pra em torno de quatro mil. Não tem condições. E aí a gente tem área certa pra trabalhar. E enquanto não tiver cobertura total [...]. (E8)</p> <p>[...] o único retorno é o da família. Daí a gente vai lá na família e vai ver. Resolveram, o que foi feito? Ou então, não, eles pedem pra gente se não foi agendado e pra quando vai ser. Então, essa referência não vem de volta para o profissional médico não vem. É gente que vai na casa buscar pra saber o que foi resolvido. E aí a gente que vai lá na casa pra ver se foi resolvido [...] Mas não vem, não vem de volta. (E4)</p>

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo faz parte de um projeto matricial denominado “Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção básica em saúde: prevalência e acesso”, que contempla os temas transversais, e já está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da UFSM, parecer nº 32608114.2.0000.5346 atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos seguindo uma tendência mundial de defesa dos participantes de pesquisas (BRASIL, 2012).

A pesquisadora entrou em contato com os participantes do estudo em seus locais de trabalho de modo a realizar o agendamento das entrevistas da aplicação da entrevista semiestruturada.

Antes do procedimento de geração de dados, os participantes foram esclarecidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Para tanto, foi utilizado linguagem acessível, acerca da justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa, além do destino das informações coletadas (BRASIL, 2012). Também foi informado aos participantes que estes poderiam suspender a sua participação na pesquisa a qualquer momento sem possibilidade de retomá-la em outro momento, e que neste caso, as informações serão excluídas e inutilizadas.

A participação dos profissionais dos serviços da Atenção Primária à Saúde não envolveu qualquer tipo de remuneração, sendo que as pesquisadoras se colocaram a disposição para esclarecer dúvidas que eventualmente poderiam aparecer no transcorrer da pesquisa. Quanto aos riscos, entende-se que a participação nesse estudo não apresenta nenhum risco físico.

O TCLE foi assinado em duas vias pelos participantes após os devidos esclarecimentos acerca da pesquisa, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. Também será destacado o caráter voluntário de participação, bem como garantia de anonimato e sigilo das informações coletadas. Para isso, os participantes do estudo foram identificados pelo a partir da letra E, referente a entrevistado, seguido do número ordinal (ex. E1, E2...E28)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados dados relativos à caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo. Participaram da pesquisa 28 profissionais de saúde atuantes em duas Estratégias de Saúde da Família e duas Unidades Básicas de Saúde e um serviço misto que apresentava uma equipe de Unidade Básica de Saúde e uma equipe de Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria-RS.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo vinte e oito profissionais de saúde, dentre eles seis Enfermeiros, sete Técnicos em Enfermagem, dois Auxiliares de Enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde, cinco Odontólogos e um Clínico geral. A idade dos participantes do estudo variou entre 28 e 60 anos, sendo que a maioria é do sexo feminino (24) e quatro do sexo masculino.

Com relação ao nível de escolaridade, foi possível observar que entre os profissionais de nível superior (Enfermeiro, Odontólogo e Clínico geral) muitos deles (12) possuem pós-graduação em áreas relacionadas à Saúde da Família, Saúde Coletiva e áreas específicas de atuação da profissão. E entre os profissionais contratados como de nível médio (Técnico em Enfermagem, auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) muitos deles possuem graduação e especialização diversificado entre as áreas de Enfermagem, Direito, Pedagogia e História.

O tempo de exercício na profissão variou entre um ano e mais de trinta anos, já com relação ao tempo de trabalho do profissional de saúde na Estratégia de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, está variou entre dois meses e vinte anos de experiência no mesmo local de trabalho. Dentre eles, 24 atuam no turno misto, ou seja, em período matutino e vespertino nestes serviços, e quatro profissionais trabalham em meio turno, sendo apenas no período matutino ou vespertino.

Com relação a cargo de chefia no serviço de saúde destacou-se os profissionais enfermeiros, com a coordenação das ESF e UBS. No que se refere a trabalhar em algum outro serviço público ou privado, sete profissionais entre odontólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde trabalham em outro serviço. Os odontólogos trabalham em consultórios particulares, enfermeiro e o auxiliar de enfermagem trabalham no turno da noite no ambiente hospitalar, já os técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de saúde trabalham em outras funções, relacionadas a formação de nível superior, que não é associada à área da saúde como, por exemplo, aulas particulares e atividades de advocacia.

O quadro a seguir (Quadro 02), apresenta os dados de formação profissional com uma breve caracterização dos mesmos. A codificação nominal dos sujeitos foi realizada conforme a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Quadro 02- Caracterização dos participantes do estudo. Santa Maria-RS, 2016.

Identificação	Idade	Sexo	Escolaridade	Pós-graduação	Exercício na profissão	Função	Tempo de trabalho no serviço	Cargo de chefia
E1	37	Feminino	Ensino Médio completo	Não possui	Superior a 10 anos	Técnico em Enfermagem	1 a 5 anos	Não
E2	48	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em obstetrícia e Saúde do Trabalhador	Superior a 20 anos	Enfermeiro	11 a 15 anos	Sim
E3	53	Feminino	Ensino Médio completo	Não possui	Superior a 20 anos	Auxiliar de enfermagem	16 a 20 anos	Não
E4	28	Feminino	Ensino Superior completo	Mestrado em Enfermagem	Superior a 1 ano	Enfermeira	1 a 5 anos	Sim
E5	46	Feminino	Ensino Superior completo	Não possui	Superior a 20 anos	Técnico de Enfermagem	11 a 15 anos	Não
E6	47	Feminino	Ensino Médio completo	Não possui	Superior a 10 anos	Agente comunitário de Saúde	Menos que 1 ano	Não
E7	60	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em Saúde coletiva	Superior a 20 anos	Odontólogo	1 a 5 anos	Não
E8	43	Masculino	Ensino Superior completo	Não possui	Superior a 5 anos	Agente comunitário de Saúde	1 a 5 anos	Não
E9	49	Masculino	Ensino Superior completo	Especialização em direito médico	Superior a 10 anos	Técnico em enfermagem	16 a 20 anos	Não
E10	37	Feminino	Ensino Médio completo	Não possui	Superior a 10 anos	Técnico em enfermagem	1 a 5 anos	Não
E11	33	Feminino	Ensino superior incompleto	Não possui	Superior a 1 ano	Técnico em enfermagem	1 a 5 anos	Não
E12	52	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em Saúde Pública	Superior a 20 anos	Enfermeiro	1 a 5 anos	Sim

E13	55	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em Saúde da Família	Superior a30 anos	Odontólogo	1 a 5 anos	Não
E14	31	Feminino	Ensino Superior completo	Residência em saúde Pública; Especialização em Saúde da Família e Mestrado	Superior a5 anos	Enfermeiro	Menos que 1 ano	Não
E15	52	Feminino	Ensino superior incompleto	Não possui	Superior a10 anos	Agente comunitário de Saúde	16 a 20 anos	Não
E16	38	Feminino	Ensino Médio completo	Não possui	Superior a10 anos	Agente comunitário de Saúde	11 a 15 anos	Não
E17	46	Feminino	Ensino Superior completo	Não possui	Superior a10 anos	Agente comunitário de Saúde	11 a 15 anos	Não
E18	47	Feminino	Ensino Médio completo	Não possui	Superior a10 anos	Agente comunitário de Saúde	16 a 20 anos	Não
E19	39	Feminino	Ensino superior incompleto	Não possui	Superior a5 anos	Técnico em enfermagem	Menos que 1 ano	Não
E20	42	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em Odontopediatria	Superior a20 anos	Odontólogo	Menos que 1 ano	Não
E21	53	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em Educação	Superior a20 anos	Auxiliar de enfermagem	6 a 10 anos	Não
E22	29	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em Saúde pública	Superior a5 anos	Enfermeiro	1 a 5 anos	Não
E23	34	Masculino	Ensino Superior completo	Especialização em Saúde da Família	Superior a10 anos	Odontólogo	1 a 5 anos	Não

E24	32	Feminino	Ensino Superior completo	Residência em Saúde da Família	Superior a5 anos	Enfermeiro	7 anos	Sim
E25	35	Feminino	Ensino Superior completo	Não possui	Superior a10 anos	Técnico em Enfermagem	1 a 5 anos	Não
E26	33	Feminino	Ensino Superior completo	Especialização em Saúde da Família	Superior a5 anos	Odontólogo	1 a 5 anos	Não
E27	30	Masculino	Ensino Superior completo	Não possui	Superior a1 ano	Clínico geral	1 a 5 anos	Não
E28	45	Feminino	Ensino Médio completo	Não possui	Superior a10 anos	Agente comunitário de Saúde	10 anos	Não

A análise das entrevistas dos participantes foi organizada em três Unidades de sentidos, sendo elas: *Conhecendo a condição crônica*; *Experiências e percepções dos profissionais de saúde acerca do acesso*; e *(Re)conhecendo os atributos da Atenção Primária à Saúde*.

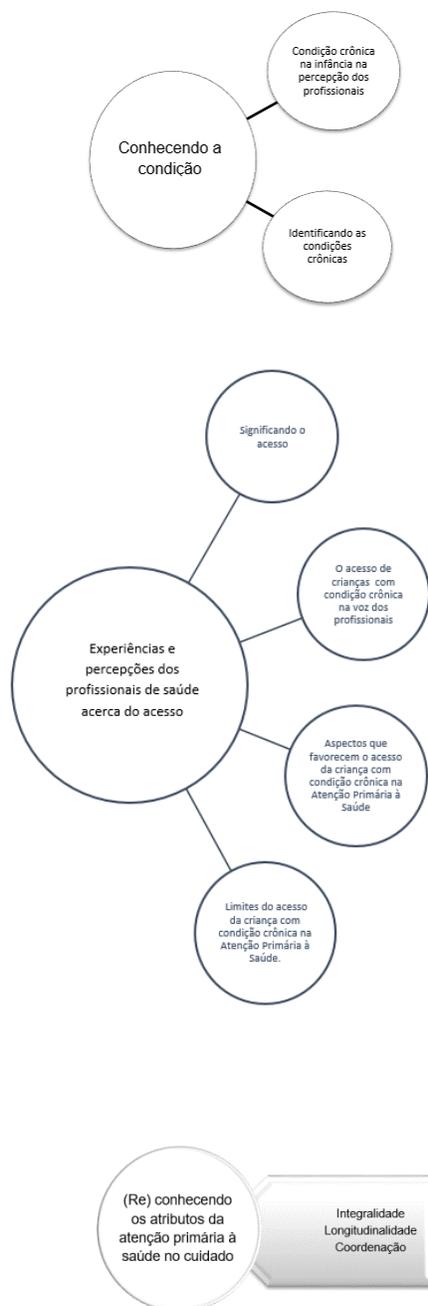


Figura 01- Decodificação das três unidades de sentidos emergidas da análise de dados. Elaborado pelo autor.

4.2 CONHECENDO A CONDIÇÃO CRÔNICA

Na primeira unidade de sentido abordou-se a significação para os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde acerca de suas concepções a condição crônica na infância. Também, foram identificadas as principais condições crônicas que acometem as crianças destes serviços de saúde. Diversos elementos foram destacados pelos profissionais, e para melhor compreensão desta unidade, ela foi organizada em dois subtemas: *Condição crônica na infância na percepção dos profissionais de saúde* e *Identificando as condições crônicas*.

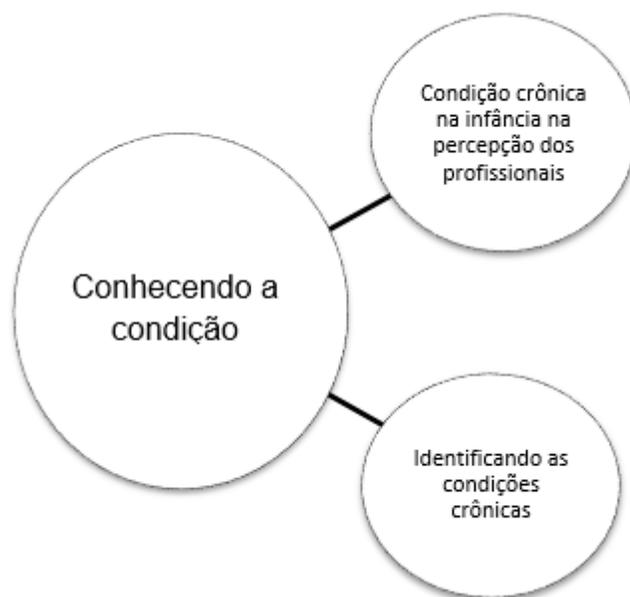


Figura 02- Decodificação da primeira unidade de sentido: conhecendo a condição crônica. Elaborado pelo autor.

4.2.1 Condição Crônica na infância na percepção dos profissionais de saúde

No primeiro subtema, foi possível descrever as percepções dos profissionais de saúde quanto à condição crônica na infância.

A percepção dos profissionais de saúde difere entre eles:

[...] condição crônica é algo que (pausa), está estabelecido já com uma doença e ela provavelmente vai exigir um tratamento mais longo e contínuo [...]. (E2)

[...] estar estabelecida alguma doença, alguma patologia com duração maior que três meses, que vá acompanhar que não seja uma aguda, um evento [...]. (E4)

[...] doença crônica assim, é aquela doença que não tem cura, que ela é tratável, tem que fazer o acompanhamento sempre. Que às vezes tem períodos agudos, mas a condição crônica mesmo tem que se ter um acompanhamento, desde a infância. (E8)

Doença crônica na infância para mim é aquela doença que perdura na vida da criança, tipo ela tem pressão alta e acaba hipertensa, tem um pouquinho de glicemia alterada e fica diabética, fica usando insulina, medicação ou é então alguma doença neurológica que a criança já nasce com aquilo e vai indo com dificuldade para o resto da vida dela. (E17)

Eu acho que são aquelas em que tu trata os sintomas, porque é uma coisa que já vai a bastante tempo e vai continuar então só pode ser tratado os sintomas dela quando elas se apresentam [...]. (E18)

[...] condições que se tornam crônicas e que acabam perdurando mais que três meses segundo o Ministério da Saúde. A alteração no estado de saúde da pessoa depois de três meses acaba se tornando algo crônico. (E19)

[...] condição crônica é a meu ver, por exemplo, paciente que tem uma necessidade que é da sua rotina [...] Mas aquilo ali vai fazer parte da vida da pessoa, por isso que se chama crônico. Mas aí ela vai fazer tratamento ou vai arrumar um jeito de conviver e amenizar as consequências que a necessidade crônica pode causar na vida dela, na saúde dela. (E20)

Condição crônica condição crônica na infância é alguma doença que de certa forma ela não é aguda então é uma condição crônica é uma doença da criança uma condição da criança que ela precisa de um acompanhamento constante ela precisa sempre de um acompanhamento. (E23)

Para os profissionais a condição crônica na infância está relacionada a uma doença de longa permanência que requer acompanhamento contínuo. As condições crônicas de saúde estão relacionadas a condições que requerem tratamento contínuo, de longa duração, exigindo em muitas situações cuidados permanentes (MOREIRA et al, 2014).

Já para outros profissionais, a condição crônica na infância refere-se a crianças que necessitam de cuidados especiais por parte da família e da equipe de saúde.

A criança com condição crônica necessita de atenção e atendimento nosso né da enfermagem do pessoal da saúde pública porque, eles têm necessidades especiais, e precisam ser supridas [...]. (E1)

[...] a gente pensa assim desde que o paciente tem algum problema crônico quando tem alguma deficiência ou uma deficiência só motora, mas na verdade não! Envolve toda parte, tanto de acesso como, por exemplo, a criança que não tem alimentação correta que não têm acesso à educação alimentação ou a informação. Então tudo isso é considerado como crônico, tu entendeu? Não é só a parte física é a parte auditiva, emocional tudo isso. Então essa é uma diferença bem grande porque antigamente tu pensava que crônico era deficiência a primeira coisa que você pensa deficiência física, mas não é só isso tem toda uma parte psicológica nutricional tudo isso envolve. Desde 2012 já mudou esta percepção mudou esta visão e essas crianças precisam de um cuidado diferenciado na unidade. (E21)

Neste sentido é possível identificar que alguns profissionais de saúde relacionam a condição crônica a aspectos, que não se refere apenas a condição em si, mas aos aspectos físicos, emocionais e sociais, que requerem cuidados diferenciados e específicos, a fim de suprir as necessidades dessas crianças. E conforme o conceito adotado no estudo, condição crônica envolve aspectos de base biológica, psicológica e cognitiva que caracterizam o estado de saúde (STEIN, 1993).

E quando se trata de condição crônica na infância, é preciso considerar não apenas os aspectos que definem a condição, mas também as transições relacionadas as diferentes faixas etárias, que requerem atenção a saúde correspondente, garantindo diagnósticos e tratamentos adequados seguindo fluxo entre os serviços (GABATZ; SCHWARTZ; GUANIL, 2014).

Neste sentido os profissionais de saúde apresentaram percepções que vão ao encontro dos conceitos apresentados, contudo é possível perceber que a condição crônica não é relacionada diretamente com a criança, sendo associada em um primeiro momento ao adulto. Essa percepção permite a reflexão que esse fato pode estar relacionado às ações programáticas dos

serviços da APS que, em sua maioria, são destinadas à adultos com condições crônicas.

De acordo com Moreira et al. (2014) o reconhecimento da criança com condição crônica ainda vem acompanhada da visão adultocêntrica, mas a atenção a saúde infantil precisa de concepções de que estratégias adequadas considerando as especificidades de cada faixa etária. As autoras propõem ações e estratégias de saúde específica para crianças mediadas pelo brincar e considerando as particularidades da criança e das condições crônicas que podem afeta-las.

Outros profissionais relacionaram com a família, como segue:

Crônico para mim aqui eu acho que é crônico o cuidado das mães, a maneira como elas cuidam das crianças pra mim é crônico [...] Por que as crianças estão sempre aqui com as mesmas queixas [...] O crônico maior é gripe [...] é sempre as mesmas mães as mesmas coisas! A hoje está com febre a hoje está com dor de ouvido, dor de garganta é sempre as mesmas queixas eu acho que crônico é o cuidado a falta de cuidado. (E5)

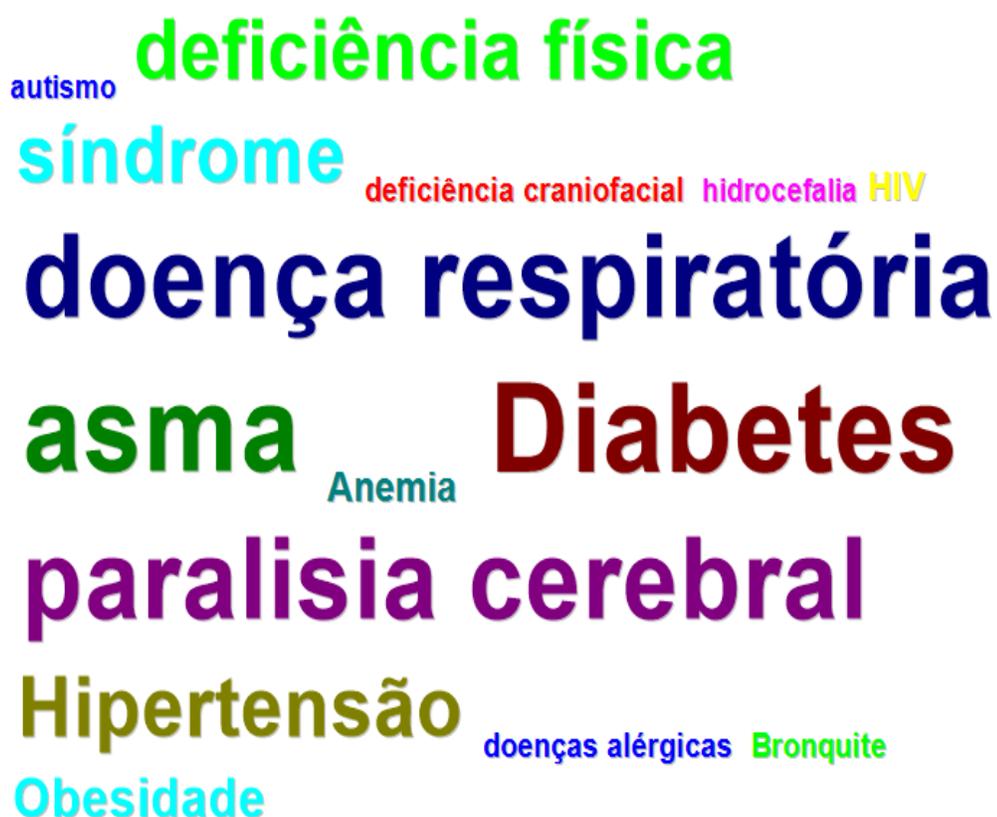
[...] doença crônica é quando ela já nasce [...] na gestação, conforme a mãe às vezes não se cuida ou a mãe é fumante, é alcoólatra ou é drogada, [...] muitas vezes as crianças já nascem com problemas. Essas doenças crônicas elas vêm acho que mais pela gestação. (E15)

Um dos profissionais quando questionado acerca da condição crônica na infância, expressou sua percepção, relacionando o cuidado da família com a criança como crônico. Justifica que o cuidado da família, em algumas situações, pode não ser efetivo, e muitas mães e famílias não compreendem as orientações da equipe de saúde, e desta forma a criança mentem-se doente. Também houve associação da condição crônica com o cuidado e que a gestante tem durante o período de gestação.

4.2.2 Identificando as condições crônicas

No segundo subtema, identificou-se as principais condições crônicas que acometem as crianças que buscam os serviços que fizeram parte do estudo de acordo com a percepção dos profissionais.

Com resultados da análise das entrevistas, emergiram algumas condições crônicas. Para melhor visualização e compreensão, estão descritas na imagem as condições mais frequentes são representadas com tamanho maior do que as que foram menos citadas, conforme demonstra figura a



seguir:

Figura 03 –Condições crônicas emergidas das análises das entrevistas.
Elaborado pelo autor.

Os profissionais relataram que o tipo de condições que acometem as crianças que buscam atenção nos serviços de saúde são bem diversificados, conforme segue:

[...] é que aparece bem variado, mas alguns casos de autismo [...] também algumas crianças com deficiência física que também tem uns

quantos paciente que tem deficiência física é bem variado assim não muito específico, seria bem variado de várias condições [...] tem mais uma menininha que ela não está com um aninho ela está com uns nove meses ela tem não é hidrocefalia. (E1)

Tem algumas crianças portadoras de sequela neurológica [...] uma criança com uma condição de HIV sabe [...] criança que tem doença respiratória crônica [...] criança com asma [...] criança portadora de necessidade especial [...]. (E4)

Anemia, asma, principalmente na minha área é isso que vem mais por causa disso [...]. (E6)

[...] na minha área que tinha paralisia cerebral [...] tinha também diabetes [...] mas essa de bronquite asmática é que mais tem. Afeta muito. Mas tem crianças com hipertensão, crianças com diabetes têm alguns casos assim. (E8)

Aqui é pressão alta, diabetes e algumas neurológicas também [...] doenças alérgicas (E 17)

Crianças que tem bronquite, asma [...] Mas mais é, questões de infecções respiratórias. (E26)

Eu acredito que as que mais aparecem são as doenças respiratórias. Eu acho assim que aqui em Santa Maria uma das coisas que mais aparecem na parte da pediatria são as doenças crônicas respiratórias é a chave. Aqui nessa unidade, eu acredito que tenham crianças com outras situações, alguma criança com diabetes ou com doença cardíaca, mas eu acredito que a parte respiratória está à frente das outras mesmo [...]. (E20)

[...]a gente recebe muitas crianças com problemas psicológicos [...] a gente consegue identificar assim crianças com problemas nutricionais, problemas psicológicos bem grandes. (E21)

[...]paralisia né alguma deficiência mental, física, diabetes tem bastante, também hipertensão. Essas quando são diagnosticadas é as que mais aparecem. Ah tem também a obesidade agora uma epidemia né [...]. (E27)

Com relação às condições crônicas mais frequentes nos serviços da APS, foi possível identificar por meio dos relatos dos profissionais que as condições crônicas predominantes estão relacionadas aos problemas respiratórios como a asma. Esses achados corroboram com outros estudos em as doenças respiratórias apresentam predomínio na infância (OLIVEIRA, et al. 2010; TOSO, 2011).

Nesta direção, ao comparar as informações obtidas no estudo percebe-se que os mesmos são correspondentes aos dados de outras localidades no país, evidenciados pelos dados registrados no DATASUS (2015), em que as doenças do aparelho respiratório, apresentam maior prevalência no Brasil.

Além dos problemas respiratórios, os profissionais identificaram outras condições crônicas que afetam as crianças como Diabetes, Paralisia cerebral, deficiência física entre outras. Essa diversidade de condições crônicas na infância requer planejamento da atenção à saúde voltada ao cuidado a essa clientela, assim como formação e capacitação de profissionais, apontando a necessidade de investimento sinalizada no IV eixo estratégico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2016).

Conhecer as morbidades que acometem as crianças permite identificar os fatores que determinam a ocorrência e distribuição da doença nessa população. E assim programar ações de prevenção e promoção da saúde infantil que evitem os agravos ou possibilitem seu tratamento em nível da atenção básica (OLIVEIRA, et al., 2012).

4.3 EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO ACESSO

Esta unidade de sentido aponta o significado de acesso e como ele ocorre nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Encontra-se dividido em quatro subtemas: Significando o acesso, O acesso de crianças com condição crônica na voz dos profissionais, Aspectos que favorecem o acesso da criança com condição crônica na Atenção Primária à Saúde e Limites do acesso da criança com condição crônica na Atenção Primária à Saúde.

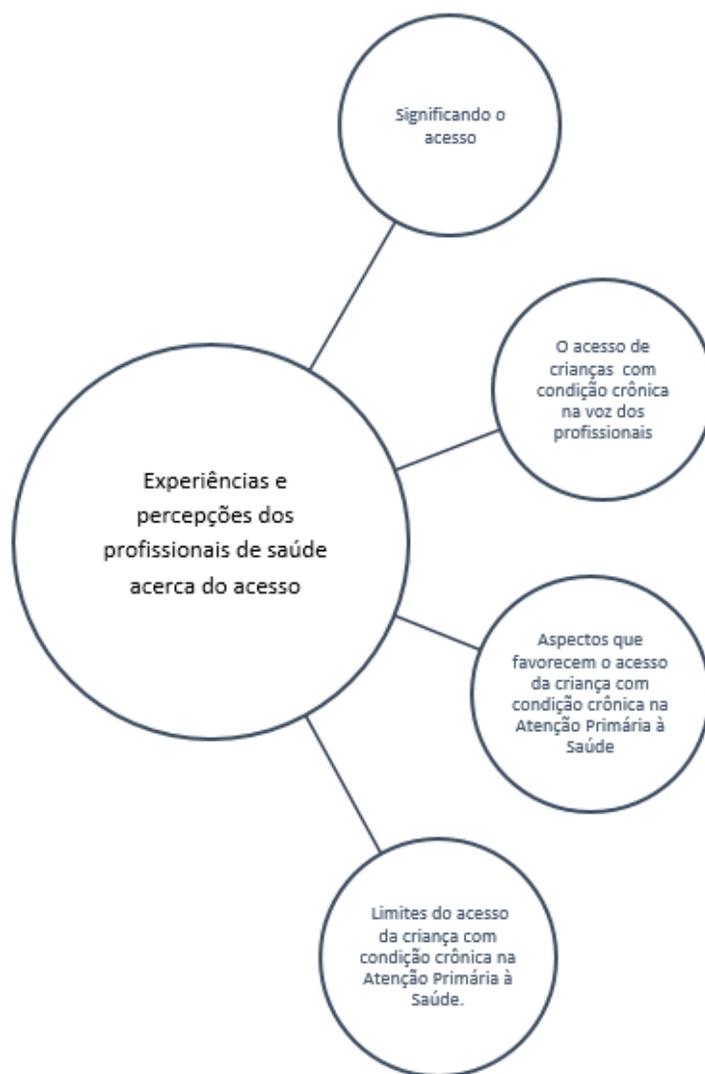


Figura 04- Decodificação da segunda unidade de sentido: experiências e percepções dos profissionais acerca do acesso.
Elaborado pelo autor.

4.3.1 Significando o acesso

Neste subtema são abordados os diferentes significados de acesso para os profissionais, como segue:

[...] que eles recebessem de nós um acolhimento assim que a gente fizesse um acolhimento das necessidades que eles tem que a família tem, a mãe, seria a gente dar uma certa importância para aquela situação ali de mãe e filho né família, como é que eles estão reagindo diante daquela situação então isso é, sempre procurando no caso eles já tem aquela situação especial, então sempre procurando trata-los de maneira igual a dos outros para que eles não se sintam diferentes, mas sempre a gente tendo aquele carinho especial aquela atenção especial por que a gente sabe que eles precisam [...]. (E10)

Para mim acesso é o atendimento. É eles procurarem ser atendidos, de alguma maneira ou outra. O acolhimento, ou com agendamento, ou alguém que atenda ele. Para mim isso é ele ter o acesso à atenção primária. (E17)

Acesso é ser acolhido independente do horário que chegar ter um direcionamento aqui dentro. Se não puder ser resolvido no dia, mas que tem um encaminhamento que o paciente saia daqui sabendo que vai ser atendido no outro dia ou que vai ser encaminhado para outro serviço que alguma coisa vai ser feito. E o acesso para as crianças se tem alguma deficiência física ou mental a gente procura ver qual é a maior vulnerabilidade se precisa ser passado antes. (E22)

Para alguns entrevistados o acesso significa acolher a criança e a família, manter uma escuta qualificada, direcionando de acordo com a necessidade de cuidado. Ressaltam, ainda, que as crianças com condição crônica em algumas situações têm um acesso diferenciado. Neste sentido, retoma-se o conceito de acesso adotado neste estudo. Acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo a criança e família, promovendo a vinculação pela atenção às suas necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

O acesso ao usuário é fundamentado no acolhimento, escuta qualificada e pela oferta de um serviço com resolutividade da maioria dos problemas de saúde e responsabilização pela continuidade do cuidado, mesmo que esse, seja, ofertado em outro ponto da rede de atenção (STARFIELD, 2002).

No que se refere ao acolhimento, apontado como um dos significados de acesso, o Ministério da Saúde (MS) orienta que este seja realizado por qualquer membro da equipe de saúde, podendo ser realizado desde a entrada do usuário no serviço e durante todo o processo de continuidade do cuidado (BRASIL, 2011d). O acolhimento, portanto, deve ser entendido como um

processo contínuo, permeado pela escuta ativa e o vínculo. Tal processo deve ser realizado desde que o momento em que a criança e o familiar acessam o serviço de saúde, até que suas necessidades em saúde sejam atendidas de modo integral neste serviço.

Destaca-se que os profissionais de saúde devem considerar que cada usuário é único, e está inserido em um contexto social, cultural e histórico distinto, com crenças e valores singulares (BRASIL, 2011d), os quais necessitam ser contextualizados e compreendidos durante a atenção a criança com condição crônica.

O acolhimento está vinculado aos conceitos de escuta, do toque e da recepção, exercendo papel ímpar na reorganização dos processos de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde, e contribuindo para a humanização das suas ações (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). É neste sentido que os profissionais de saúde devem ser capazes de estabelecer uma relação de vínculo com as crianças e familiares/cuidador, que possibilite acompanhamento.

Outros profissionais entendem que acesso é ter atendimento e continuidade deste atendimento, se necessário em outros níveis de atenção até atender as necessidades do usuário:

[...] é o paciente chegar na unidade básica de saúde, e conseguir atendimento rápido e de fácil acesso [...]. (E2)

[...] acesso, seria a garantia de que o usuário consiga acessar, chegar ao serviço. Que consiga um acolhimento com a enfermagem, consiga se necessário daí, ter garantida a consulta com pediatra, ter acesso a um exame, ao que ele necessitar. É difícil a gente explicar a palavra, mas é ter acesso mediante as suas necessidades. (E4)

[...] é a facilidade de eles chegarem assim no posto e, serem atendidos sabe? Não ser difícil o atendimento.(E9)

Acesso é assim vim aqui conseguir uma consulta até ter a última resposta entendeu? Porque não adianta ela conseguir uma consulta aqui e digamos que vem aqui diz “olha não a criança não tá se sentindo bem e ela precisa de atendimento” mas sim eu preciso do atendimento especializado e daí eu parei nessa consulta. Então o acesso tem que ser todo tem que ser em etapas que tem que ser seguida. O acesso tem que ser contínuo completo [...] Claro que às vezes a gente bate em

alguns entraves como, por exemplo a gente tem algumas crianças especiais, especiais mesmos! Então já dificulta um pouco, mas mesmo assim a gente consegue dar alguma resposta [...] Olha digamos que uns 70% a gente consegue é pouco, sei que teria que ser 100% mas é o que a gente consegue. (E21)

O acesso, eu acho que é o atendimento adequado, no momento que o paciente precisa[...]. Só que aqui na unidade, aqui o acesso, a pessoa tem, ainda mais quando é caso crônico ou agudo. Mas os profissionais que tem aqui, médico, enfermagem, técnico, os agentes de saúde, coordenação da unidade, eles fazem o possível para o paciente ser bem atendido. E o que acontece é que, esbarra assim em algumas coisas quando precisa de um especialista, alguma especialidade ou algum exame mais avançado [...] tem uma atenção especial as condições crônicas aqui dentro da unidade e, os encaminhamentos também. Só que daí os encaminhamentos é encaminhado rápido daqui, aí depois lá depende muito da unidade daí, mas é feito o possível pra ser atendido o mais rápido. (E8)

Alguns profissionais compreendem que o acesso aos serviços de saúde, só é garantido se a criança que buscou atendimento na APS, tiver continuidade desse cuidado, independentemente da necessidade de encaminhamento para especialistas em outros pontos de atenção. Também afirmam em seus relatos que a continuidade do cuidado deve ocorrer de forma breve e fácil.

Diante desta percepção, alguns profissionais associam o acesso aos demais atributos essenciais da APS, pois, para garantir a continuidade do cuidado à população de forma plena as suas necessidades, é preciso que não só o acesso seja garantido como também a integralidade, longitudinalidade e a coordenação (PONTES; CESSO; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

Os profissionais também relatam que o acesso significa a porta de entrada aos serviços da Atenção Primária à Saúde, o primeiro local a ser procurado em busca de atenção à saúde:

A porta de entrada para as pessoas que procuram[...]. (E9)

A porta de entrada deveria ser, que não é a porta exclusiva, todas devem estar abertas para a população, caso necessário, mas a unidade básica de saúde a atenção primária deve ser sim a porta de entrada [...] não é essa a modelagem que hoje em dia a sociedade precisa, não é só o hospital que deve resolver as coisas, elas devem ser resolvidas primeiro na UBS. A porta de entrada é aqui, os primeiros socorros todo mundo deve dar, então se ela não está passando bem, ela tem que vir aqui para nós avaliarmos e fazermos alguma coisa [...]. (E19)

Olha, para mim o acesso na atenção primária tem que ser de imediato. A porta de entrada onde as pessoas serão triadas farão consultas e a maioria das coisas pode ser resolvida aqui. Eu acho que aqui na atenção primária é onde as pessoas tem que ter acesso, não adianta tu ter uma tosse e ir para o P.A. Eu acho que o acesso é fundamental, que elas tenham esse acesso de chegar à unidade, de tentar resolver as coisas primeiro por aqui. Eu acho que as pessoas têm que ter condições de ter esse acesso rápido para poder direcionar depois se necessário. (E20)

O acesso também foi relacionado pelos profissionais de saúde como a porta de entrada aos demais serviços que compõe a rede de atenção à saúde. Isto denota que os profissionais conhecem os principais aspectos que envolvem esse atributo essencial da APS, seguindo a mesma abordagem proposta pela PNAB (2012), em que o acesso ocorre pela porta de entrada do serviço de APS a cada novo problema pelo qual os usuários buscam atenção à saúde, sendo esse um dos seus atributos mais importantes.

4.3.2 O acesso de crianças com condição crônica na voz dos profissionais

Neste subtema emergiu das entrevistas como se dá o acesso das crianças com condição crônica nas UBS e nas ESF que fizeram parte do estudo:

[...] geralmente as consultas aqui são agendadas então a gente sempre procura atender a todos da mesma maneira, mas essas crianças que tem essas necessidades especiais a gente procura sempre dar um, assim uma chance maior, da gente deixar no caso até vagas assim disponíveis para eles por que a gente que eles necessitam. (E1)

[...]. Agendado. Aí tu vem aqui, agenda para a semana inteira. Mas é que assim, as pessoas agendam na segunda, digamos para uma quinta feira. Só que na terça, elas já estão aqui. Então é agendado para outra semana. Mas aí tem o acolhimento, que é que elas vêm, elas vêm no acolhimento, e depois na consulta agendada de novo [...]. (E6)

A maioria dos profissionais relatou que o acesso das crianças é realizado pelo agendamento, mas revelam que em casos de crianças com condição crônica, é feito “encaixe”. Segundo os profissionais isso ocorre devido a necessidade de cuidados especiais destas crianças. A organização do trabalho,

promovendo o acesso pelo agendamento, também, foi encontrado em outras realidades, tendo como estratégia para facilitar o acesso o agendamento para grupos prioritários (SOUZA et al, 2008).

Os profissionais também apontaram como são feitos os agendamentos:

Assim ó, se é uma criança portadora de necessidades especiais, menor de dois anos, tem atendimento por telefone né, portadora de necessidade especial depois dos dois anos, também consegue atendimento por telefone. ou ela pode chegar até a recepção, sei lá se ela quer uma consulta com o médico, uma coisa assim, ou sei lá fazer um curativo, fazer uma nebulização uma coisa assim. Ela vem até a enfermagem, aqui é acolhida [...]. (E4)

Em alguns serviços os agendamentos para crianças até os dois anos de idade são realizados pelo telefone, e em outros serviços os agendamentos pelo telefone são feitos para as crianças sem limite de idade, quando estas apresentam alguma condição crônica.

Também relatam que em alguns serviços o acesso é realizado com o auxílio do agente comunitário de saúde (ACS) que identifica a criança com condição crônica e faz a ponte entre o serviço e a comunidade:

[...] Olha, a gente detecta alguma necessidade na visita domicilia, leva ao conhecimento do enfermeiro e depois é nessa forma que eles chegam a unidade básica. Ai ou o enfermeiro ou o médico da estratégia de saúde à família é que vai dar aquele acolhimento e atendimento devido para aquela criança, dentro do básico [...] aqui na nossa UBS acontece o agendamento durante a semana também, não funciona como pronto atendimento, eles vêm até a unidade e vão agendando conforme a solicitação do próprio usuário. (E16)

Na unidade básica é para a semana e nós como agentes de saúde agendamos para a semana também. Nós pegamos e marcamos em uma quarta para a semana seguinte, por exemplo. A gente marcar as consultas básicas, quando entra as especialidades é que começa o problema. (E17)

Muitas vezes o acesso das crianças aqui ocorre por via agente comunitário de saúde ou por demanda espontânea da própria família trazer né quase sempre então algum pai ou algum familiar acaba trazendo essa criança né, mas também é feito um trabalho bem grande por parte dos agentes comunitários de saúde levando uma informação bem grande para a comunidade [...]. (E23)

assim a estratégia faz um agendamento na quarta Feira em reunião de equipe então os agentes comunitários de saúde eles vão pegar na sua comunidade as pessoas que mais precisam e vão trazendo para consulta então nessa classificação dos agentes que as crianças que

tiverem algum problema que precisa de alguma acompanhamento agente vai colocar em primeiro, preferência, agora o resto daí não é vem por demanda espontânea daí porque o médico não tá conseguindo atender tudo [...] mas a gente consegue acolher ainda com todas as dificuldades a gente consegue dar um direcionamento para quem chega sabe [...]. (E22)

Os profissionais de saúde reconhecem que o ACS como uma forma para o acesso das crianças com condição crônica ao serviço da atenção primária, pois estes profissionais conseguem identificar essas crianças e reconhecer a necessidade de atenção à saúde, para então realizar os agendamentos.

O agendamento para atendimento realizado pelo agente comunitário de saúde prioriza os usuários vinculados a ações que fazem parte da área de atuação do profissional, auxiliando na organização do trabalho e promovendo o acesso, contudo parte dos usuários não tem a mesma possibilidade, devido as áreas descobertas, e esses persistem em filas e insatisfeitos (SOUZA et al, 2008).

Neste sentido, os achados do estudo revelaram que o agente comunitário de saúde, pelo vínculo que estabelece com a comunidade, e pela possibilidade de agendamentos, caracterizam-se como fatores que contribuem para o acesso das crianças com condição crônica, no entanto, conforme os relatos dos profissionais não abrangem toda a população.

Os profissionais apontam que o acesso, em muitos casos, ocorre pela livre demanda, pela busca das mães e cuidadores por atendimento para as crianças:

Ele ocorre pela procura das mães, pelo agendamento, pela busca do serviço [...]. (E18)

[...] as mães chegam ali com as crianças e a enfermagem avalia e se é possível passa para o médico ou solicita uma avaliação. Às vezes precisa mandar para um serviço mais específico [...] Aqui, com tudo que as gurias fazem, o acolhimento, as pessoas sabem que elas não vão ficar sem atendimento, tem pessoas que são viciadas em chegar as 3:30 da manhã, com tudo que tu falas “é frio, está chovendo, não vem” eles vêm mesmo assim. Então tem lugares que tem o vício da ficha, que tem o vício de chegar cedo. (E19)

Como a gente não tem muitas crianças com necessidades especiais crônicas né o acesso deles entra pela agenda [...] se precisar de alguma coisa assim então assim a gente não deixa quem é um crônico

que está agudizado a gente acolhe a gente vê qual é a condição né [...].
(E24)

De acordo com os relatos dos profissionais a demanda espontânea é uma das formas de acesso da criança com condição crônica, referem que quando não há possibilidade de atendimento ao serviço procurado, os profissionais procuram acolher e dar encaminhamento. Relatam, ainda, que a demanda espontânea pode gerar filas.

No que se refere ao acesso dos serviços da atenção primária pela demanda espontânea, que ocorre quando há algum problema de saúde, apresenta-se como um momento desafiador, mas deve ser encarado pelos profissionais de saúde como oportunidade de acolher e abordar outros aspectos da saúde do usuário e de seus familiares para além do motivo que o levou a buscar o serviço (OLIVEIRA, et al., 2012).

4.3.3 Aspectos que favorecem o acesso da criança com condição crônica na Atenção Primária à Saúde

Dentre os aspectos que favorecem o acesso das crianças com condição crônica nos serviços da Atenção Primária à Saúde há existência de uma equipe multidisciplinar e o acompanhamento em saúde.

Eu acho que é uma equipe que trabalha junto que entende essa realidade, a questão dessas crianças e que dentro do possível a gente possa fazer de tudo para facilitar esse acesso da criança, não dificultar, não barrar. As gurias da enfermagem, as da recepção e eu também, a gente é uma equipe que tenta ser bem resolutiva, que tenta nunca deixar o paciente para depois, a gente tenta resolver, tenta facilitar e não deixar ninguém sem nenhuma informação e não só de crianças com doenças crônicas, mas sim de um modo geral e eu acho que toda a equipe entende e trabalha assim. Eu acho que é uma questão de equipe, de fechar as ideias e trabalhar junto. (E20)

Todos são muito assim participativos e a uma integração muito grande usuário não sai sem aquela resposta sabe sai com alguma coisa sabe com algum atendimento e o atendimento dos médicos de todos os profissionais são um fator assim que eu acho que favorece sabe[...]. (E26)

Facilita o acesso a questão da equipe ter uma visão de trabalhar junto [...]. (E27)

O trabalho em equipe é apontado pelos profissionais de saúde como um aspecto que favorece o acesso da criança com condição crônica. Neste sentido, o trabalho em equipe é visto como uma forma coletiva de trabalho mediante a qual a equipe tem a possibilidade de alcançar objetivos comuns, considerando sempre a interdependência entre os seus integrantes e a hierarquia pré-determinada (ARANTES, et al., 2016).

O encaminhamento realizado pela unidade de terapia intensiva do hospital de referência da região foi apontado com um dos aspectos que contribuem para o acesso das crianças com condição crônica:

E o hospital universitário também nos liga para cá pedindo os agendamentos dos que estão dando alta na UTI, isso também ajuda bastante, por isso que eu digo que a proximidade com o hospital universitário ajuda a facilitar o acesso dessas mães e dessas crianças. (E2)

Neste contexto, foi possível identificar que a comunicação entre os pontos da rede de atenção à saúde é essencial (MENDES, 2012), apresenta-se como um aspecto que favorece o acesso e o cuidado como um todo.

A presença do profissional pediatra nos serviços da Atenção Primária à Saúde foi levantada por vários profissionais com um aspecto positivo que contribui para o acesso das crianças, de acordo com os relatos:

Por exemplo aqui eu me sinto mais respaldada por que eu tenho três pediatras. Já chegou criança com intoxicação por inseticida, já chegou com intoxicação e a gente consegue passar quando chega a criança. Por exemplo uma criança asmática, com hipertermia por exemplo assim, a gente consegue encaminhar, mas eu tenho de resguardo três pediatras aqui. (E4)

[...] tem muitas unidades que não tem os médicos que nós temos aqui [...] tem três pediatras, tem além de dois médicos da Estratégia, tem mais dois clínicos. (E8)

[...] então sempre vai ter muitos profissionais disponíveis que podem atender está criança, embora tenha essa pediatra que trabalha a muito tempo na UTI neonatal, tem vários outros médicos que em situação de urgência e emergência a gente pode solicitar eles. (E19)

O profissional pediatra no serviço aumenta a demanda de crianças de outras áreas, além de proporcionar segurança aos demais profissionais que prestam atenção à criança com condição crônica.

Destaca-se que os profissionais percebem como um aspecto facilitador para o acesso a presença do pediatra nos serviços. No entanto em caso de estratégias de saúde da família, os médicos são de formação clínica generalista. Para Starfield (2002) nem todo médico pode estar igualmente habilitado em todas as áreas de atenção médica, mas considera que o médico generalista também possa estar preparado para a atenção às crianças.

Essa realidade apresenta-se com um desafio para a atenção primária, podendo ser superada pela discussão e reflexão entre os membros que compõe a equipe de saúde, considerando que o trabalho em equipe é uma das estratégias para mudança do atual modelo hegemônico em saúde, associado a atualização constante dos profissionais, para dar conta das diversas doenças que afetam as diferentes faixas etárias dos usuários da atenção primária (SORATTO; PIRES; DORNELLES; LORENZETTI, 2015).

Os profissionais também apontam os Agentes Comunitários de Saúde como um dos fatores que facilitam o acesso das crianças, devido ao vínculo entre o profissional e a comunidade bem como o horário de funcionamento do serviço foi um dos pontos apontados com facilitadores do acesso, como segue:

[...] Que favorece eu acho que é para quem tem os agentes de saúde são as visitas do agente. A gente ir à casa ver a situação e trazer para a equipe e tentar acompanhar e agendar e encaminhar se precisar de uma especialidade. Eu vejo assim, os outros que não tem a gente tem que vir aqui marcar porque a gente não tem os cadastros deles, então eles têm que vim aqui na unidade marcar. (E11)

O trabalho feito pelas agentes comunitários de saúde [...] principalmente o agente comunitário de saúde que é um dos principais elos de ligação entre o serviço e a comunidade bom esse é fator que eu acredito que favorece o acesso. (E23)

Um dos fatores que facilita é a questão de horário da unidade, que funciona das 7h da manhã às 19h da noite sem fechar ao meio dia. É a única unidade de Santa Maria que faz isso[...] O SUS que eu trabalho tem acolhimento, as pessoas não têm hora para chegar e elas não precisam de ficha. (E19)

Esses aspectos favorecem o acesso da criança com condição crônica, pois permite o agendamento pelo ACS e o horário prolongado de atendimento permite que o familiar busque atendimento no serviço da APS.

A presença de agentes comunitário de saúde como já discutido anteriormente, favorecem o acesso, pois são os profissionais que mais conhecem a população que fazem parte da sua área, estabelecendo vínculo, esse achado vem ao encontro de outros estudos que identificam o agente comunitário de saúde como facilitador do acesso (LIMA et al, 2015; OLIVEIRA et al, 2012; e SANTOS et al, 2012).

Os agentes comunitários de saúde realizam as visitas domiciliares em seu processo de trabalho, o que permite com que estabeleçam uma relação de confiança fortalecimento do vínculo em comparação com outros profissionais. Tal relação, permitem conhecer a situação saúde-doença dos usuários (SANTOS et. al, 2012), podendo identificar crianças com condição crônica e auxilia-las no acesso ao serviço.

Alguns profissionais também apontaram o horário de funcionamento dos serviços como um aspecto que favorece o acesso dessa clientela. Para Travesso e Castro (2012) o horário de funcionamento e o tempo de espera para ser atendido, profissional disponível, são características organizacionais que podem impactar o acesso. Sendo assim, quando os serviços de atenção primária funcionam em horários prolongados, como após o horário comercial, permite que mais usuários tenham acesso aos serviços.

4.3.4 Limites do acesso da criança com condição crônica na Atenção Primária à Saúde

Este subtema envolve os aspectos que limitam o acesso das crianças com condição crônica nos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Dentre os aspectos que limitam o acesso das crianças, foi apontado o número reduzido de profissionais disponíveis para atender a comunidade.

[...] precisa de mais profissionais dentro das unidades básicas de saúde, por que se aqui é a porta de entrada do SUS nós temos que ter braços para trabalhar né, não adianta tu ter um postinho com uma área de abrangência de vinte mil pessoas com uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem uma para de manhã e outra para de tarde e aí tu nunca vai dar conta tu nunca vai visualizar os casos com tranquilidade, vê o que cada mãe familiar precisa né, fica desumano fazer o atendimento do jeito que está. (E2)

Além da limitação do número de profissionais também foi apontado pelos entrevistados, a ausência do Agente Comunitário de Saúde em alguns serviços, estes profissionais estão em contato direto com a comunidade e auxilia na identificação das crianças com condições crônicas e no acesso das mesmas ao serviço:

[...] olha o que mais eu sinto a necessidade é a falta, até por que nós somos a atenção básica né os agentes comunitários de saúde por que quando alguma família nova se muda a gente não fica sabendo[...] não tendo o agente comunitário que seja o elo, é humanamente impossível conhecer mais de 40 mil pessoas. (E3)

Poxa vida chegou uma criança nova na comunidade aonde estão os agentes comunitários de saúde tem que ter agentes comunitário, mesmo que seja caso que não vão ficar só na atenção básica que vão precisar de atendimento especializado, aqui também essa criança vai ser vista e pode ser acompanhada em algumas coisas e em algumas alterações ela pode vim para a unidade, mas se tu não tem profissionais se tu trabalha com o mínimo de profissionais, tu não tem agente comunitário para ficar te atualizado de cada caso que tu já sabe ou que ele vem te trazer para ti casos novos como é que tu vai acompanhar fica realmente assim muito difícil a qualidade do atendimento é zero e daí a gente consegue entender por que o hospital universitário está do jeito que está sempre sobrecarregado, sempre superlotado, mas olha como está a atenção básica, poucos profissionais não tem agente comunitário né. Isso aí pra mim é falta de uma gestão que tenha visão de prevenção e promoção em saúde né para que independente do caso que for, se for uma diarreia grave se for uma... qualquer caso, casos crônico que a gente tenha uma estrutura mínima para pode trabalhar, que hoje a gente não tem (pausa) eu acho que é isso que precisa, e outra coisa é a gestão da saúde trabalhar junto também com as equipes que estão nos locais de trabalho, hoje existe um distanciamento enorme entre a gestão municipal e quem tá aqui trabalhando né, deveria ter reuniões até para saber do que que acontece aqui é muito ruim isso da forma como está hoje a saúde no nosso município o descaso, a falta de atendimento de visibilidade dos casos que precisam que não podem ficar na vala comum esperando como os outros né.(E4)

Porém, dentre o número reduzido de profissionais os médicos pediatras aparecem nos relatos dos entrevistados como o profissional que mais limita o acesso das crianças. Alguns acreditam que há necessidade de médicos especialistas nas UBS e nas ESF, para facilitar o acesso.

É mais a demanda mesmo porque é muita gente. Eu acho assim que a única coisa que a gente gostaria muito também é que tivesse pediatra nessas unidades como no PA, porque tem dias que não tem pediatra nem no PA porque simplesmente não existe pediatra em Santa Maria, assim como outras especialidades que não existem, porque pagam pouco, ou porque não tem concurso, então é difícil o acesso das pessoas que precisam de consulta com esses especialistas que estão em falta. A gente fica indignado porque deveria ser implantado mais médicos nessas unidades e não ter somente um médico para atender tudo. (E15)

[...] o médico de saúde da família, muitas vezes, eles não são resolutivos nessas questões de doenças crônicas, crianças, por exemplo [...]. (E20)

No que se refere ao número reduzido de profissionais ou sua ausência, foi possível identificar que esses achados corroboram com outros estudos, em que se observou dificuldade de acesso aos serviços de saúde da atenção primária, devido aos poucos atendimentos e ao número insuficiente de profissionais para atender a demanda dos usuários que dependem do serviço (NEVES et al., 2015 e LIMA et al. 2015). A insuficiência de profissionais, também tem relação com a demanda de usuários, sendo observando na maioria dos serviços participantes do estudo, uma população adscrita acima dos limites aceitos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

Os profissionais apontam que as equipes de saúde, disponíveis nos serviços não são suficientes para atender a demanda, sendo este um dos fatores que permite a formação de filas em busca de atendimento, dificultando diretamente o acesso dos usuários aos serviços:

Profissional que não tem, e aí acontece tudo isso aí, todo esse horror das pessoas virem e não ter o acesso na hora e ficarem 4 a 5 horas em uma fila por não ter as coisas e aí nós temos que ficar aqui dizendo não para as pessoas. Eu não gostaria de dizer não, eu gostaria de dizer que eu tenho médico, que eu posso fazer os preventivos, que eu posso agendar, mas eu não consigo, todas as demandas estão reprimidas. É com muita tristeza que eu te digo isso, infelizmente. (E18)

[...] atenção primária do município é menos que 20% então não tem como a gente querer atender toda a população que precisa porque

cada vez mais a população está usando o SUS Então isso é inevitável essas filas de acesso porque atenção básica não tem cobertura para atender todo mundo então vai se formar filas. (E22)

O número reduzido de profissionais nos serviços sobrecarrega a equipe, desestimulando-os e afetando diretamente no acesso e na atenção prestada as crianças:

E chega no final do dia o profissional fica estressado. É muita coisa, tu não consegue resolver tudo, tudo. Tu cansa! Chega metade da manhã tu cansa. O outro turno tu empurra. Então, assim deveria ter mais gente pra atender. (E14)

A relação da demanda existente com o número insuficiente de profissionais gera um aumento no tempo de espera para conseguir atendimento, tendo influência direta na qualidade da atenção prestada aos usuários, acarretando em uma sobrecarga de trabalho para os outros profissionais da equipe e, conseqüentemente, desestimula os mesmos para realizar suas atividades (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014). No estudo também identificamos, nos relatos, que o número insuficiente de profissionais gera sobrecarga de trabalho.

Outro aspecto que limita o acesso das crianças de acordo com os profissionais é a infraestrutura inadequada e a limitação dos recursos materiais dos serviços da Atenção Primária à Saúde:

Para gente pensar em acesso, a gente teria que pensar até em infraestrutura né [...] Se é uma criança até, ali tem um corredor imenso e uma janela lá no fundo. Se é uma criança que tem uma doença respiratória crônica, por exemplo a asma sabe, aí tem criança resfriada, aí eles tosse, eles espirram e, fica aquele ar ali sabe. E a gente tem um ar condicionado que foi pedido várias vezes e que não funciona, pro x e y. Pensando em acesso, não só o acesso como profissional propriamente dito, mas o acesso enquanto estrutura, acessibilidade. (E12)

[...] uma falta de estrutura daqui do posto. Que realmente, aqui não tem uma sala apropriada para o atendimento bem feito não tem (E6)

Olha que não favorece eu acredito que seja só a nossa estrutura física na realidade, por exemplo assim hoje se tivesse todos os médicos aqui porque nós temos uma que tá de licença sabe eu não teria sala para elas atenderem. As médicas têm que ficar assim revisando as salas entendeu então assim passa uma para cá vai outra para lá s realidade é essa s estrutura física da unidade é o que não favorece sabe [...] (E21)

Os profissionais apontam que em muitos serviços não há disponibilidade de recursos materiais básicos para que seja realizada a atenção às crianças com condições crônicas.

Alguns profissionais identificam como um aspecto limitante ao acesso, a estrutura inadequada dos serviços da atenção primária:

[...] situação é muito precária, muito mesmo, do esgoto vazar, da janela não abrir, de tu não ter ventilação, de tu ter insetos invadindo a farmácia do posto, então tem que ver também qual é a situação dos profissionais de cada caso. É uma situação difícil para os dois lados, tanto par aos usuários quanto para os profissionais e é uma oportunidade de eles se unirem para cobrarem da gestão melhor condição de atendimento [...] porque em muitas vezes as condições são tão precárias que os profissionais acabam acreditando realmente que eles não conseguem fazer nada e daí mergulham nessa falsidade de que não conseguem fazer nada [...]. (E19)

O estudo também revela como limite a estrutura física disponível que compromete o acesso das crianças. São necessárias estruturas físicas adequadas para a atenção à saúde infantil, sendo este um dos fatores que promove condições básicas e apresenta-se como um fator indireto na qualidade do cuidado. Por meio do estudo foi possível identificar que, em muitos casos, os profissionais precisam fazer adaptações para preservar a atenção à saúde das crianças, dificultando assim o acesso e em alguns momentos este fator até impede o acesso das crianças com condição crônica (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

As UBS e ESF precisam apresentar estrutura física compatível com as demandas da área de abrangência dos serviços, possibilitando acolher e dar respostas às necessidades de saúde da população e garantir a continuidade dos cuidados na comunidade. O espaço físico deve ser adequado à realidade local, a população adstrita e sua especificidade, e que viabilize o acesso ao serviço (BRASIL, 2006c)

Com relação à estrutura foi possível identificar precariedade nas condições de trabalho, tanto no que se refere a estrutura do serviço como

também as relacionadas com os recursos materiais, comprometendo a atenção prestada aos usuários, incluído as crianças com condições crônicas, sendo exposto no relato.

Além da estrutura física, os profissionais apontam os recursos materiais:

[...] esses dias eu tive uma criança que desmaiou duas vezes a criança não estava com hipertermia, mas eu não tinha um aparelho de pressão eu não tinha um oxímetro eu não tinha nada para eu poder ver o que mais essa criança tem então tu entende? Daí eu vou ficar perdendo tempo fingindo que eu estou examinando aquela criança para tranquilizar o pai e deixar essa criança às vezes dessaturando! Sabe eu não tenho que fazer [...] então tem que ir na urgência por falta de recurso tu entende? e criança é muito rápido uma criança ela desidrata muito rápido ela faz uma parada tudo muito rápido então não dá para perder tempo. Eu não tenho um aspirador [...] A gente sabe que o orçamento que uso de tecnologias na estratégia de saúde da família é para ser baixo, mas também não precisa ser tão baixo entendeu tem que ter um mínimo para que a gente possa conseguir avaliar criança sabe [...] é o que a gente tem na unidade tu entende então a gente é bem restrito de recurso[...]. (E24)

[...] tem que ter um aparelho para aferir a pressão infantil (risos) porque a gente não tem! A gente não tem nem para o adulto já é deficitário para isso. Então tinha que ter um aparelho infantil para verificar. (E22)

Os profissionais apontam a limitação de recursos materiais que auxiliam na atenção a saúde da criança, referem que os materiais específicos para o uso infantil são ausentes em muitos serviços. Revelam entender que os serviços da Atenção Primária à Saúde não oferecem um arsenal de tecnologias, contudo afirmam que os recursos básicos são limitados.

Os materiais em muitos serviços são inexistentes, ou não são adequados para o acompanhamento da saúde da criança, dificultando em alguns casos a utilização dos mesmos. Esta realidade também é compartilhada com os resultados obtidos em outro estudo em que as unidades de saúde não dispõem dos recursos necessários para oferecer o cuidado que a criança precisa em um determinado processo de adoecimento (TOSO, 2011).

Os serviços da APS devem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população, e para isso é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006c). Os achados apontam que é preciso reformas e investimentos

nas estruturas físicas e nos recursos materiais dos serviços participantes do estudo, a fim de favorecer o acesso dos usuários em especial das crianças com condição crônica e permitir a continuidade do cuidado.

Alguns profissionais acreditam que o cuidado dos familiares/cuidadores, a compreensão que os mesmos têm acerca das orientações da equipe e os recursos financeiros, são aspectos que dificultam o acesso das crianças.

[...] dificulta na unidade é, às vezes, a própria família, o pai e a mãe desorientado, sem orientação, tu explica, mas parece que eles não aceitam o que acontece, a gente fala “Olha o teu filho tem pressão alta, teu filho realmente tem pressão alta!”, eles não acreditam no que a gente tá falando, ou então “Ah, meu filho tava com asma hoje, mas deixa.”, não, ele é asmático, tem que ser tratado, tem que ter o acompanhamento, não pode ser hoje ou amanhã eu vou lá na UPA, tem que ter sempre um acompanhamento.(E8)

[...] é da própria família por ignorância dessa própria família. Eles têm toda informação, mas tratam a criança como “não, não pode, não vou”, né. Tem algumas que querem levar adiante um tratamento, um acompanhamento, e tem famílias que não por ignorância, porque acham que não vai resolver, porque o SUS tá mal mesmo, pouco vai me adiantar, então tem essa dificuldade. O que adianta ir lá ao médico se não tem dinheiro para comprar o remédio? Então isso aí dificulta bastante[...]. (E16)

Eu percebo assim que em função das próprias condições da comunidade, algumas questões relacionadas ao cuidado domiciliar, a gente vê crianças mal agasalhadas, crianças que já vem um longo período com histórico de problemas respiratórios então é porque o cuidado não tá sendo efetivo, crianças que necessitam de medicação contínua, por exemplo, as mães deixam de pedir a receita, ficam um tempão sem tomar, daí daqui a pouco a criança entra em crise e aí trás, crianças mal nutridas, questão da higiene bucal também né que favorece os problemas de garganta. O que eu observei aqui foram essas questões relacionadas ao cuidado domiciliar, ao cuidado do dia a dia, a parte da equipe que eu vejo está sendo feita.(E11)

Os profissionais de saúde apontam a compreensão da família como um dos aspectos que limitam o acesso das crianças com condição crônica, contudo em estudos realizados com os familiares e cuidadores de crianças com esta condição, observou-se que os profissionais utilizam, por vezes, terminologias que não são compreendidas pelo familiar. Apresentando-se como uma barreira na interação entre familiar e profissional. Ainda de acordo com os autores, o familiar/cuidador sente-se coagido e busca responder estritamente ao que consideram que o profissional deseja perguntar e ouvir (BALTOR et al,

2013).

Nesta direção, estudo realizado com a equipe de enfermagem e com a família da criança hospitalizada com doença crônica destacou a comunicação como essencial, que permite trocar e discutir ideias referentes ao cuidado à criança. No entanto em alguns casos, evidencia-se a existência de uma comunicação ineficaz, falta clareza, fragilizado o diálogo (RODRIGUES et al, 2013). Com a divergência de saberes, propõe-se criação e fortalecimento do vínculo entre os profissionais e familiares/cuidadores de crianças com condição crônica para facilitar o diálogo e compreensão entre eles a fim de favorecer o acesso e proporcionar um cuidado horizontal a criança.

Citam que as filas ainda são frequentes em muitos serviços, e um dos fatores que contribuem para a formação de filas é a questão cultural da comunidade, que não compreendem a forma de agendamento e de acolhimento que foi implantado nas UBS e nas ESF do município.

[...] tu podes agendar qualquer dia só que eles não conseguem entender isso, eles continuam vindo de madrugada para conseguir ficha, mesmo não precisando mais, eles continuam agindo do mesmo jeito, vindo de madrugada ai em duas horas eles agendam as fichas da semana inteira. Por mais que tu tentes facilitar a vida deles, eles ainda têm esse pensamento que tem que vim de madrugada, realmente era assim antes, mas hoje não é mais, mas eles continuam vindo de madrugada, muito cedo. Então agora tá mais fácil. (E18)

[...] mas se tu for analisar nós Ainda temos fila, fila de madrugada, mas porque eles ainda acham que a fila que vai resolver entendeu Não é que tu tem é que marcar para criança passar mal entendeu Isso é cultural porque assim se tu agendar igual aqui nós temos a agenda mas mesmo assim nós ainda temos fichas que a pessoa pode passar e vim aqui e ser atendido [...] Esse problema da fila infelizmente a cultural a gente nota isso sabe e isso que aqui na unidade já mudou muito a gente tá conseguindo aos pouquinhos conscientizar as pessoas que elas não precisam vir tão cedo. (E21)

Se tu vier aqui segunda feira, na próxima segunda tu vai ver as mesmas pessoas na fila tirando ficha. Na próxima segunda, é os mesmos. E assim é um ciclo, eles estão viciados nisso.(E25)

[...] a gestão deveria realmente repensar porque agendamento não é bem assim, não é aceitável as pessoas virem 3h ou 4h da manhã para pegar ficha as 7h da manhã e ficar todo esse tempo nesse frio, porque esses agendamentos surgiram para que as pessoas não ficassem nas

filas, mas não adiantou nada, porque chega 4h da manhã e elas já estão aqui na segunda- feira aguardando para pegar ficha.(E20)

As filas em busca dos serviços de saúde, caracterizam-se como uma barreira para o acesso, e um desafio a ser superado, por meio de estratégias como acesso aberto, buscando intervir para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o tempo de espera (ASSIS; JESUS, 2012) associado ao trabalho de educação em saúde com a população, afim de desmistificar a questão de filas para assegurar o atendimento.

Outro aspecto limitante que emergiu neste subtema, foi relacionado a formação profissional, em um dos relatos foi questionado a resolutividade da atenção prestada, do preparo dos profissionais para atuarem na Atenção Primária à Saúde, questionam ainda se a resolutividade pode estar associada a continuidade do tratamento e orientações no domicílio do usuário.

Eu não sei, alguma coisa tá muito errada. Alguma coisa! a população está adoecendo, eu não sei o que está acontecendo. Se os médico de hoje não sabem mais olhar a doença e dar o diagnóstico certo, e sanar o problema ali [...] Se é o profissional que não sabe mais ou, é o usuário que vai para o posto e não faz o que o médico diz. Mas eu só sei que assim, a cada dia vem aumentando mais as doenças e, elas são repetitivas [...] eu não sei se é o profissional que não sabe mais, ou se a população tá querendo alguma coisa a mais do profissional e, eles não estão sabendo, se entendendo. Porque realmente, o que tá acontecendo é assim, as pessoas vem quatro horas da manhã pra cá e, não resolve. E aí na outra semana, estão aqui de novo e, não é resolvido [...]. (E6)

[...] na verdade é horrível o acesso aqui, porque eu já tive bater muita boca. Porque uma criança estava com 11 meses e desde dos 5 meses ela vinha fazendo exames e a hemoglobina baixa, baixa [...] simplesmente, a menina está com leucemia e não fizeram nada daqui. Daqui simplesmente jogaram para o PA pra se livrar. E eu disse isso não se faz. Porque aqui tem condições, aqui tem médico tem enfermeira que é capaz de ler um exame. Isso é o mínimo que tem que fazer, saber ler exame [...] não vem mais. Elas não vêm, não estão vindo mais. [...] porque não há, não é resolvido. Só pesam, mede e marcam para o próximo mês. Mas não se resolve nada. Nesses casos crônicos. Nos outros tranquilo, resolve. (E18)

Porque cada vez eu estou vendo as crianças, as crianças estão mais doentes, a população está doente [...] parece que os médicos, os enfermeiros não estão preparados para isso. Eu acho que a faculdade não está preparando pra isso tudo. Eu acho que tem que começar lá dentro da faculdade [...]. (E28)

O preparo dos profissionais que atuam na APS foi apontando como um dos entraves para o acesso, de acordo com os relatos dos entrevistados, os mesmos percebem baixa resolubilidade nos atendimentos realizados, levando-os a questionar a formação dos profissionais.

A formação dos profissionais de saúde, ainda segue muito associada às questões hospitalocêntricas e voltadas a patologias dos usuários. A formação profissional requer avanços direcionados às necessidades, sob uma ótica de cuidado holístico integrando ensino e os serviços de saúde da APS (ENGSTROM; MOTTA; VENÂNCIO, 2016) em busca de maior resolubilidade e uma atenção de qualidade.

Diante dos diferentes aspectos que favorecem e limitam o acesso da criança com condição crônica, reflete-se acerca de estratégias que possam melhorar o acesso, como o acolhimento da criança e familiar nos serviços da APS, e como já citado anteriormente estabelecimento de vínculo para a continuidade do cuidado, implantação de programas para atenção à saúde da criança, dentre diversas outras estratégias que podem contribuir para o acesso

4.4 (RE)CONHECENDO OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO A CRIANÇA

De acordo com Starfield (2002), os atributos essenciais da atenção primária à saúde são: atenção no primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, e a coordenação. Nesta direção, a análise dessa unidade de sentido foi construída buscando identificar os atributos integralidade, longitudinalidade e coordenação nos relatos dos profissionais de saúde quanto ao cuidado à criança com condição crônica nos serviços da atenção primária.

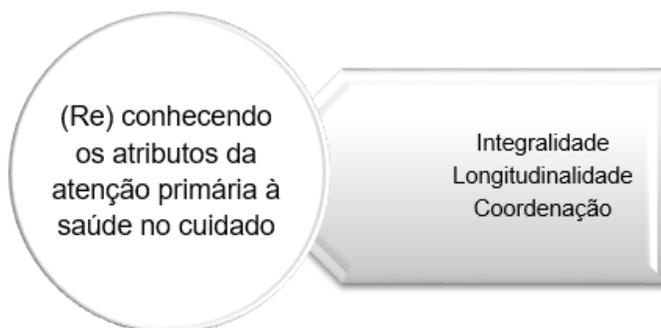


Figura 05- Decodificação da terceira unidade de sentido: (Re)conhecendo os atributos da atenção primária à saúde no cuidado.
Elaborado pelo autor.

A APS tem como papel atender as necessidades dos usuários e atuar como orientadora quando houver necessidade de atendimento em outros serviços da rede. Neste sentido, a integralidade é um atributo que requer conhecer a variedade de serviços e programas disponíveis para a atenção aos usuários assegurando que os serviços ofertados na APS sejam adequados às necessidades de saúde. O profissional tem a responsabilidade de reconhecer tais necessidades de saúde e orientar a prestação de serviços, mesmo que estes sejam realizados outros pontos de atenção (STARFIELD, 2002).

O conhecimento dos profissionais sobre os serviços e programas existentes nas UBS e nas ESF é um aspecto que auxilia a identificar a integralidade do cuidado prestado às crianças com condição crônica, conforme segue:

[...] atualmente é consulta que elas buscam essas mais novinha ainda fazem as consultas mensais de acompanhamento até um ano de idade, e os outros vem quando necessita mesmo, algum resfriado alguma coisa que está acometendo no momento né, mas os pequenininhos, é mais para controle.(E1)

[...] a gente tem a pediatra e a pneumo pediatra [...] têm a odontopediatra. Então assim esse é o nosso diferencial a nossa sala de vacina é utilizada de segunda a sexta e não tem assim hoje é o dia de tal vacina não é livre demanda tanto de vacina como de atendimentos entendeu [...]. (E21)

Os profissionais relataram alguns serviços e programas que são ofertados para as crianças, como a consulta médica principalmente quando há presença de médicos com a especialidade em pediatria, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que realizado mensalmente, ainda referem-se ao Programa Nacional de Imunização (PNI) e ao atendimento odontológico.

Dentre os serviços e programas apontados pelos profissionais o que mais se destacou foi a puericultura, realizada pelos médicos e enfermeiros, além do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento também citaram o Programa da Infância Melhor, Programa Saúde Escolar, apoio do NASF entre outros que são evidenciados nos relatos:

[...] o atendimento de enfermagem até os dois anos e daí é criança em geral, independentemente de ter problema ou não. Tem atendimento com a pediatra esses outros de crescimento e desenvolvimento e com a enfermagem. Tem a parte de psicologia até os dois anos, que é lá da federal até [...] aí é feito esse atendimento, mais orientações também.(E8)

E programas aqui nós temos a puericultura, tem o PIM (Programa Infância Melhor), tínhamos até o final do ano passado o programa do leite que acabou sendo suspenso por falta de verba, então são vários programas que a criança poderia estar participando [...]. (E9)

Assim a gente trabalha com puericultura, a médica faz a consulta clínica [...] a gente também faz consulta com o NASF.[...] a gente também trabalha nas escolas, mas daí não são específicos para crônicos, mas nós fazemos o acompanhamento com as crianças desde orientações de saúde desde avaliações oftalmológicas e antropométricas que é exigido pelo PSE [...]. (E24)

Dentre os programas e serviços ofertados nos serviços da atenção primária, que foram reconhecidos pelos profissionais destaca-se a puericultura, como um dos instrumentos que auxilia no acompanhamento e desenvolvimento da saúde das crianças.

A puericultura envolve ações associados aos cuidados preventivos e de promoção da saúde, caracteriza-se como uma atenção voltada à criança saudável que permite identificar intervenções precoces na correção de desvios de crescimento e desenvolvimento (SUTO; LAURA; COSTA, 2014). Contudo, de acordo com os autores, a puericultura é direcionada à criança saudável, não

sendo um programa específico para a criança com condição crônica, no entanto, mostra-se essencial e importante no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessa clientela.

Além da puericultura também apontaram o Programa Saúde na Escola (PSE), que se constitui em uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, pois considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Nessa direção o PSE é direcionado em áreas temáticas, como avaliação clínica e psicossocial, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, entre outras áreas que permite atenção a criança com condição crônica (COSTA; FIGUEREDO; RIBEIRO, 2014).

Outro serviço reconhecido, por alguns profissionais, é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo de apoiar e ampliar cuidado dos serviços da atenção primária. O propósito dos NASF é atuar nas suas especialidades para complementar as ações e fortalecer a atenção básica. Nesse sentido esse é um serviço que possibilita integralidade ao cuidado prestado a criança com condição crônica (SOUZA, et al., 2013).

Alguns profissionais relataram não conhecer, ou conhecer apenas os serviços e programas dos serviços da Atenção Primária à Saúde mais procurados, como a consulta médica esses relatos demonstram fragilidade da integralidade do cuidado, pois muitos profissionais não reconhecem os serviços e programas que os mesmos atuam e encaminham. Podendo levar a indagação de que também não há reconhecimento das necessidades de saúde das crianças.

Tem o serviço da enfermagem, o nosso serviço que agente faz busca ativa nas casas. Não tem outro.(E6)

Olha, eu não to sabendo. Tá faltando muita comunicação. Não sei assim algum programa assim que eles têm. A da diabete, ou desses pacientes crônicos, ou asma, ou outro tipo de doença que é crônica. Não sei, é bom a gente saber, se informar. É falta dos profissionais se relacionar sabe[...]Jeu não estou sabendo de programas, de nada sabe [...]. (E7)

Bah, só tem aqui o programa da criança que é da universidade, mas que eu acho que é de toda criança até dois anos e não só das com

doença crônica. E o único programa aqui que eu sei que é para criança e adolescente [...].(E13)

Os achados corroboram com o estudo em que compreende que a integralidade requer uma variedade de serviços disponíveis na rede para atender as crianças e familiar/cuidador, quando não ocorre o reconhecimento das necessidades e dos serviços ofertados constata-se que a integralidade não se faz presente enquanto diretriz das ações de cuidado (TOSO, 2011).

Para assegurar a integralidade na atenção à criança com condição crônica é preciso repensar com a equipe de saúde e trabalhar, a fim de ofertar serviços e programas que atendam a necessidade de saúde dessas crianças.

Nos relatos dos profissionais foi possível identificar ações relacionadas com o atributo longitudinalidade, o qual é definido, por Starfield (2002), como uma relação de longa duração entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços da atenção primária, sendo que esta relação permite que os profissionais possam reconhecer os usuários destes serviços.

No que se refere à longitudinalidade, a percepção dos profissionais dirigiu-se às características do atendimento prestado às crianças e acerca do reconhecimento das crianças com condição crônica que fazem parte da área de abrangência dos serviços:

[...] se ela veio a procura da pediatra ela será atendida, no caso assim primeiro a gente faz aquele acolhimento da enfermagem no caso e depois ela é atendida pela pediatra e é feito todos os encaminhamentos para ela que ela precisa se for necessário algum encaminhamento para outros setores ou outros profissionais a gente procura dar aquela atenção especial assim e encaminhar [...]. (E1)

Bom depende se ela precisa de um atendimento para o dia nós vamos fazer uma coisa de momento normalmente a enfermagem que faz. Se não é o pessoal da medicina que faz e daí a gente vai ver qual é a situação se é crônica agudizada ou se é uma condição que pode aguardar então daí a gente vai ver se é para médico se é para enfermeiro porque às vezes a mãe chega e diz a criança não está se alimentando direito daí vamos marcar uma puericultura vamos ver como está a rotina da casa se ela não está com febre se não está com dor e daí a gente já resolve já colhe já sai prontinho não precisa de encaminhamento de consulta médica então a gente acolhe pra ver qual é o melhor direcionamento para cada caso [...]. (E24)

Os profissionais de saúde descrevem como ocorre o atendimento as crianças com condições crônicas após o acesso ao serviço, relatam que na maioria das vezes as crianças são acolhidas e encaminhadas para o atendimento de procura.

Dentre os cuidados realizados a criança durante o atendimento, foram apontados os cuidados realizados no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

[...] ela é assim o, ela é passada especificamente para a médica pediatra ela pesa ela mede e aí se ela nota que essa criança precisar de visita domiciliar ela já nós passa por que a gente vai dar prioridade para aquele caso [...]. (E2)

Com relação às ações referentes ao atributo logitudinalidade, o estudo apontou que os profissionais percebem que o atendimento prestado na APS as crianças com condição crônica, se caracteriza pelo acolhimento e predominantemente pela consulta médica, que ocorre no momento de agudização da condição crônica, não se estabelecendo vínculo com os profissionais do serviço. Este contexto vai ao encontro dos resultados de outros estudos em que as consultas médicas representam maior parte do atendimento realizado para crianças (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013; TOSO, 2011).

Alguns dos profissionais de saúde relataram não conhecer as crianças com condições crônicas, apontaram que um dos aspectos que dificultam a identificação das crianças são as áreas descobertas, conforme os depoimentos:

Aqui no posto é em torno de quarenta mil habitantes, aí tem agente de saúde pra em torno de quatro mil. Não tem condições. E aí a gente tem área certa pra trabalhar. E enquanto não tiver cobertura total [...]. (E8)

Daí acho que não né, é difícil [...].(E23)

Outros profissionais revelaram que é possível identificar as crianças com condição crônica, este dado foi levantado principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Da nossa área sim, da minha micro área sim. A gente conhece e tem que conhecer, somos obrigados a saber, mas do outro lado que não possui agente de saúde a gente não consegue saber, infelizmente não. (E15)

Sim. Aqui a gente conhece todas, mesmo que não seja da área de abrangência. Na minha área [...] acaba conhecendo todos [...]. (E28)

Algumas sim, as que vêm mais, as mais frequentes. Fora que não seja de área de agente de saúde, tem umas que nós fazemos até busca ativa, né? Então a maioria nós conhecemos [...].(E16)

Dentre os ACS que revelaram conhecer as crianças com condição crônica, destacaram que só é possível identificar as crianças que residem na área de abrangência de atuação. Esta realidade caracteriza-se como uma barreira para que atributo longitudinalidade seja assegurado de forma plana.

Quando os profissionais de saúde conhecem os usuários da área adscrita, possibilita detectar problemas saúde nas crianças, facilita as atenções preventivas, proporciona uma atenção à saúde mais eficaz (TOSO, 2011). Porém os achados no estudo revelaram que os profissionais do estudo têm dificuldade em conhecer as crianças com condição crônica da área de abrangência do serviço, tendo como entraves os limites já citados, como a insuficiência ou ausência de profissionais, principalmente do agente comunitário de saúde em número adequado para atenção a comunidade.

Diante dessas ações referentes a longitudinalidade no serviço foi possível identificar também fragilidades nesse atributo, mostrando a necessidade de revisão dos serviços da atenção primária, afim de efetivá-lo, e assim proporcionar a criança com condição crônica uma atenção de qualidade.

A coordenação é outro atributo da atenção primária à saúde, que está relacionado a capacidade de garantir a continuidade da atenção (STARFIELD, 2002). Pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Em relação à coordenação do cuidado, os aspectos foram relacionados aos encaminhamentos e retornos destes para continuidade do cuidado, tendo em vista a identificação da coordenação:

No caso quem faz o encaminhamento é o médico e aí a família tem que esperar através da unidade básica, não é mais com a estratégia, é com a unidade básica. Fica na recepção, vai para a regulação da secretaria e a regulação da secretaria é que vai decidir em que tempo e em que situação essa doença vai ir para este serviço. [...]. (E16)

Aí tudo vai, é coordenado pela Secretaria de Saúde, qualquer especialidade ela controla. A marcação de exame, marcação de algum médico especialista, alguma especialidade. Quem controla isso é a Secretaria de Saúde. A unidade que não tem acesso [...]. (E8)

Sai da unidade e vai para a secretaria de saúde e da secretaria de saúde é encaminhado para os outros serviços. Tem um longo caminho. (E25)

Os profissionais de saúde apontaram que os encaminhamentos geralmente são realizados para a especialidade de neurologia, via secretaria de saúde.

Revelam que muitos dos encaminhamentos que são realizados pelos serviços da Atenção Primária à Saúde não recebem retorno quanto aos encaminhamentos. Demonstrado nos relatos a seguir:

[...] o único retorno é o da família. Daí a gente vai lá na família e vai ver. Resolveram, o que foi feito? Ou então, não, eles pedem pra gente se não foi agendado e pra quando vai ser. Então, essa referência não vem de volta para o profissional médico não vem. É gente que vai na casa buscar pra saber o que foi resolvido. E aí a gente que vai lá na casa pra ver se foi resolvido [...] Mas não vem, não vem de volta. (E4)

Nós conseguimos através do que a mãe conta ou através da receita de medicação, mas do especialista não. Nem nós ligamos para eles e nem eles ligam para nós. (E19)

São poucos que tem. Até a gente teve um curso de referência e contra referência. Eu encaminho um paciente lá meu e, vai pra lá e depois eu não sei como é que fica né. Na verdade, poucas vezes acontece isso e, pra conseguir tem que ir atrás, é difícil conseguir o retorno. Independente de idade, se é criança [...]. (E8)

Não tem retorno, só se agente for atrás, se a enfermeira que ligou, querer saber, pegar e ligar pra lá, de repente o familiar vem e ó, voltou, foi pra tal lugar, internou, entendeu? [...]. (E9)

O retorno então é bem difícil, a contra referência (Risos) contra referência no retorno assim quase nunca acontece sabe a gente até consegue encaminhar sabe mas claro que vai entrar naquela fila de especialidades ou de que a gente sabe que alguns especialistas é bem

demorado Então vai ter que aguardar mas esse retorno depois que vai no especialista a não ser algumas vezes que vem alguma folha ou alguma ligação ou nem foi lá né as vezes a mãe que vem e diz olha eu fui no ou fulano e ele disse isso e aquilo mas não tem nada escrito é o que a mãe entendeu da consulta. (E22)

Destaca-se que a maioria dos profissionais, participantes do estudo, indicou que o encaminhamento para outros serviços é realizado quando necessário, no entanto os profissionais da atenção primária não obtêm retorno, relatam ainda que o retorno que ocorre em algumas situações, é feito pela família da criança.

Esses achados corroboram com o estudo em que os profissionais da APS têm retorno com o familiar e nunca diretamente do serviço, afirmando que essa prática não é estabelecida entre os serviços evidenciando a fragmentação do cuidado prestado ao usuário (TOSO, 2011).

Neste sentido a coordenação apresenta-se como um desafio para os profissionais, pois nos serviços da atenção primária são atendidos usuários com as mais diversas patologias, o que requer em muitas situações encaminhamentos para uma variedade de serviços, com o intuito de garantir a continuidade do cuidado, o que pode ser um entrave para o retorno dos demais serviços para a APS.

Para assegurar o atributo da coordenação é preciso trabalho em equipe centrado na comunidade e articulado com os demais pontos da rede, com sistema de registros que assegurem a comunicação entre os serviços que compõem a rede de atenção a saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação possibilitou conhecer a percepção dos profissionais de saúde quanto ao acesso de crianças com condição crônica na atenção primária à saúde, e identificar a presença dos atributos essenciais da atenção primária à criança com condição crônica.

Com a análise dos dados emergiu três unidades de sentido, sendo que a primeira unidade de sentido permitiu conhecer a percepção dos profissionais de saúde quanto a condição crônica. Em que a maioria deles percebem a condição crônica conforme a conceito admitido no estudo, contudo associam a atenção prestada aos adultos, evidenciando a necessidade de abordar programas específicos para o cuidado com a criança com condição crônica levando em consideração as características de cada faixa etária.

Também foi possível identificar às condições crônicas na infância mais predominantes nos serviços da atenção primária, em que os profissionais identificaram os problemas respiratórios, como a causa que fazem com que as crianças busquem o serviço com mais frequência. Além das condições crônicas do aparelho respiratório, foram citadas diversas, como paralisia cerebral, diabetes e hipertensão, revelando a importância de conhecer o perfil de morbidades crônicas na infância para planejar e programar estratégias de atenção à saúde para essa clientela.

Na segunda unidade de sentido emergiu as experiências e percepções dos profissionais de saúde acerca do acesso. Os profissionais mostraram que conhecem os elementos que compõe o atributo, associando-o a porta de entrada dos serviços, ao acolhimento e escuta qualificada dos familiares e cuidadores de crianças com condição crônica, e que o acesso dessas crianças ocorre na maioria dos serviços por meio do agendamento ou da demanda espontânea em situações de agudização da condição crônica.

Neste contexto, foi possível identificar aspectos que favorecem o acesso dessa clientela como o trabalho em equipe, o vínculo dos agentes comunitários de saúde com a população e o horário de funcionamento dos serviços. Contudo, também foi possível identificar os aspectos que limitam o acesso, destacando dentre eles, o número insuficiente ou a ausência de profissionais (principalmente do agente

comunitário de saúde e do pediatra), sobrecarga de trabalho, estrutura física inadequada e a falta recursos materiais básicos. Estes são alguns dos aspectos que não limitam apenas o acesso das crianças com condição crônicas, mas se caracterizam como barreiras para o cuidado como um todo, fragilizando a atenção à saúde da criança.

E a terceira unidade de sentido permitiu identificar os atributos essenciais da atenção primária à saúde, além do acesso. Nos relatos dos profissionais de saúde, foi revelando fragilidades na integralidade do cuidado, na longitudinalidade e na coordenação da atenção à saúde, evidenciando um cuidado fragmentado e desarticulado dos serviços que compõe a rede de atenção, tendo como resultado baixa resolubilidade dos cuidados a criança com condição crônica, encaminhamentos inadequados, com poucos retornos e déficit de recursos humanos, infraestrutura e materiais.

As fragilidades identificadas nos atributos da atenção primária revelam a necessidade de repensar as ações realizadas pelos profissionais, e da organização dos serviços da atenção primária à saúde, em prol de uma atenção de qualidade que assegure a efetivação dos atributos essenciais da APS.

Nessa perspectiva, enfatiza-se a importância de dar voz aos profissionais de saúde, com o intuito de considerar suas percepções sobre atenção a criança com condição crônica nos serviços da atenção primária para a melhorar a qualidade do cuidado prestado a essa clientela.

Desse modo, espera-se que esta pesquisa possa contribuir na construção de conhecimento no âmbito da atenção à saúde da criança com condição crônica. Acredita-se que este estudo traz contribuições para atuação dos profissionais de saúde possibilitando a reflexão sobre a criança com condição crônica nos serviços da APS. Podendo auxiliar no planejamento de ações/estratégias que favoreçam o acesso e o cuidado prestado a essas crianças no município cenário do estudo.

As limitações do estudo, referem-se à compreensão dos resultados desta pesquisa a partir da percepção dos profissionais de saúde, de alguns serviços da APS do município em estudo. Porém sabe-se que não se reduz a estes resultados, e se entende que o mesmo pode ser motivação para a reflexão e instigação para outras pesquisas que possibilitem novos olhares acerca deste objeto.

Como implicações para novas pesquisas, indica-se a construção de um protocolo ou programa direcionado à atenção a criança com condição crônica, a fim

de estabelecer estratégias que orientem o cuidado as condições mais predominantes na infância considerando as características de cada faixa etária, e possibilitando um cuidado horizontal entre familiar e profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIA

ARANTES, L.J. et al. Contribuições e desafios da estratégia saúde da Família na Atenção Primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1499-1509, 2016.

ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M.; COLLET,N.; NEVES,E.T.; TOSO,B.R.G.O.; VIERA, C.V. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.6, p.1000-1007, 2014.

ARIÉS P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 2011.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.**Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, n. 11, 2012.

BALTOR, M.R.R.; MATOS, A.P.K.; WERNET, M.; FERREIRA, N.M.L.A. DUPAS, G. Percepções da família da criança com doença crônica frente às relações com profissionais da saúde.**Rev Esc Enferm. USP**. v. 47, n. 4, p.808-14, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **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) 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro gráfico, 1988.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde Série B**. Textos Básicos em Saúde. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução, n.66/2012 - Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Pacto pela Saúde 2006** - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol.** v.3, n.77, p.77-101, 2006.

CLARES, J.W.B.; SILVA, L.M.S.; DOURADO, H.H.M.; LIMA, L.L. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ.** v. 19, n. 4, p. 604-609, 2011.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate.** v. 39, n. 105, p.514-524, 2015.

ENGSTROM, E.M.; MOTTA, J.I.; VENÂNCIO, S.A. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 5, p.1461-1470, 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas, **Cad. Saúde Pública,** , v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FREITAS, M.C.; MENDES, M.M.R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev Latino-am Enferm.,** v. 15, n. 4, 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008.** Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE; 2010.

LIMA, S.A.V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Revista de Saúde Coletiva.** v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

LOPES, F. A.; CAMPOS, D. Jr. **Tratado de Pediatria.** 2 ed. São Paulo: Manole, 2010.

MARIN, M.J.S.; MORACVICK, M.Y.A.D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev enferm. UERJ.** v. 22, n. 5, p.629-36, 2014.

MCPHERSON, M.G., *et al.* A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics,** v.102, n.1, p.137-141, 1998.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec: 2014.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador.** Rio de Janeiro. DP & A, 2006.

MOREIRA, M.C.N.; GOMES, R.; CALHEIROS DE SÁ, M.R. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, n. 7, p. 2083-2094, 2014.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.,** v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

NEVES, E.T.; SILVEIRA, A.; ARRUE, A.M.; PIESZAK, G.M.; ZAMBERLAN, K.C.;

SANTOS, R.P. Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm.,** v. 24, n. 2, p.399-406, 2015.

OLIVEIRA, L.S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva.**v. 17, n. 11, p.3047-3056, 2012.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, p.158-64, 2013.

PEREZ, J.R.R.; PASSONE, E.F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p. 649-673, 2010.

PERRIN, E.C.; NEWACHECK, P.; PLESS, I.B.; DROTAR, D.; GORTMAKER, S.L.; LEVENTHAL, J.; PERRIN, J.M.; STEIN, R.E.; WALKER, D.K.; WEITZMAN, M. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. **Pediatrics**, v.91, p.787–793, 1993.

PLESS, I.B.; DOUGLAS, J.W. Chronic illness in childhood. I. Epidemiological and clinical characteristics. **Pediatrics**, v. 47, p.405–414, 1971.

PONTES, A.P.M.; CESSO, R.G.D.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?.**EscAnna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA/SMS-SM. Postos de Saúde. 2015. Disponível em: < <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>. Acesso em: 12 Out. 2015

RODRIGUES, P.F.; AMADOR, D.D.; SILVA, K.L.; REICHERT, A.P.S.; COLLET, N. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Esc Anna Nery**. v. 17, n. 4, p. 781-787, 2013.

SILVA, T.P.; SANTOS, M.H.; SOUSA, F.G.M.; CUNHA,C.L.F.; SILVA, I.R.; BARBOSA,D.C. Cuidado do enfermeiro à criança com condição crônica: revelando significados. **Cienc Cuid Saude**. v.11, n.2, p. 376-383, 2012.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

SOUZA, F. L. D.; CHACUR, E. P.; RABELO, M. R. G.; SILVA, L. A. M.; VILLELA, W. V. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 233-240, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, R.E.; BAUMAN, L.J.; WESTBROOK, L.E.; COUPEY, S.M.; IREYS, H.T. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. **J Pediatr**. v.122, p.342–347, 1993.

SUTO, C.S.S.; LAURA, T.A.O.F.; COSTA, E.L. Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n. 9, p. 3127-3133, 2014.

TOSO, B.; R.;G.;O. Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de

cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAN DER LEE, J.H.; MOKKINK, L.B.; GROOTENHUIS, M.A.; HEYMANS, H.S.A.; OFFRINGA, M. Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. **European Journal of Pediatrics**. v.297, p.2741–2751, 2007.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZAMBERLAN, K.C.; NEVES, E.T.; SEVERO, V.R.G.; et al. O cuidado à criança com doença crônica ou incapacitante no contexto hospitalar. **J. res.: fundam. care. online**. v. 6, n. 3, p.1288-1301, 2014.

APÊNDICES



Apêndice A – Roteiro para entrevista semiestruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do estudo: ACESSO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÃO CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A. Dados Sóciodemográficos e de Formação Profissional

Nº da entrevista: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Q1	Data de nascimento: ____/____/____	
Q2	Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Q4	Nível de escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Curso Técnico Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo
Q5	Ano em que você concluiu sua formação: _____	
Q6	Formação profissional em instituição	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada Local: _____
Q7	Você possui pós-graduação?	<input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Residência _____ <input type="checkbox"/> Especialização _____ <input type="checkbox"/> Mestrado _____ Área: _____
Q8	Tempo de exercício na profissão:	<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> Mais de 1 ano <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 20 anos <input type="checkbox"/> Mais de 30 anos
Q9	Sua função exercida neste serviço de saúde:	<input type="checkbox"/> Clínico geral <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar em Enfermagem

		<input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde
Q10	Quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde?	_____ meses _____ anos
Q11	Qual é o seu turno de trabalho?	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Misto
Q12	Você tem algum cargo de chefia neste serviço?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____
Q13	Você trabalha em algum outro serviço, público ou privado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

B. Questões Norteadoras

Condição crônica	1- O que você entende por condição crônica de saúde na infância? 2- Quais as condições crônicas de saúde na infância mais frequentes aqui na unidade?
Acesso	3- O que você entende por acesso na APS? 4- Você considera que as crianças com condição crônica tem acesso aos serviços da APS? Por quê? 5- Como você percebe que ocorre o acesso da criança com condição crônica? 6- Quais são os fatores que favorecem o acesso da criança com condição crônica? 7- Quais são os fatores que não contribuem para o acesso da criança com condição crônica?
Integralidade	8- Quais serviços e/ou programas da UBS/ESF a criança em condição crônica tem acesso?
Longitudinalidade	9- Você conhece as crianças com condição crônica da área de abrangência da unidade 10- Como ocorre o atendimento a criança com condição crônica aqui na unidade?
Coordenação	11- Aqui na UBS/ESF é realizado encaminhamento a outros serviços de saúde? Como é realizado e a quais serviços de saúde?

13 – Quais sugestões você daria para o atendimento da criança em condição crônica na APS

12-A partir de pesquisas realizadas com familiares e cuidadores de crianças, acerca desta temática, obteve-se os seguintes relatos:

“Tem que amanhecer lá para pegar ficha, temos que adivinhar que a criança vai passar mal, para ir lá de manhã pegar ficha”

“Fui às 5h para pegar a ficha, fiquei até 7h para marcar, daí busquei a minha mulher. Chegamos em casa às 10h30, (demorou) das 5h às 10h30. Primeiro com o guarda que entregava a senha, depois com a mulher que marcava a ficha”.

(OLIVEIRA et al, 2012)

“ [...] É uma negação. Eu nunca levo ele assim para o PSF. Só para verificar a pressão, aí se tiver alta eu venho para cá, porque lá é uma negação porque tudo lá vai para trás [...]”

“Só o hospital mesmo! Porque aqui [ESF] não tem como, eles são muito assim [...] não estão nem aí, dizem para ir para um pronto-socorro de urgência”

“Eu já levei ele [filho] na USF quando ele estava muito doentinho, a pressão dele estava alta e o médico disse que lá não resolvia o caso dele. Aí eu disse: “eu não quero que você resolva, eu quero que você adiantasse para pelo menos chegar ao hospital”. Aí ele disse para procurar o médico que acompanha ele nessas coisas, pois lá não resolvia”.

(NÓBREGA et al, 2013)

O que você pensa sobre estes relatos? Qual a sua análise sobre tais afirmações?

ANEXOS

ANEXO A – Autorização institucional



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa intitulado “ **Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção primária em saúde : prevalência e acesso** ” sob a orientação da pesquisadora **Profª Drª Eliane Tatsch Neves** , vinculada ao curso de Enfermagem/UFSM, poderá ser desenvolvido junto aos serviços de Saúde do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo estimar a prevalência de crianças com necessidades especiais de saúde em serviços de atenção primária em saúde e descrever as formas de acesso destas crianças a estes serviços. Os sujeitos de estudo serão os familiares cuidadores de crianças acompanhadas nos serviços de atenção primária em saúde do município de Santa Maria incluídas no estudo.

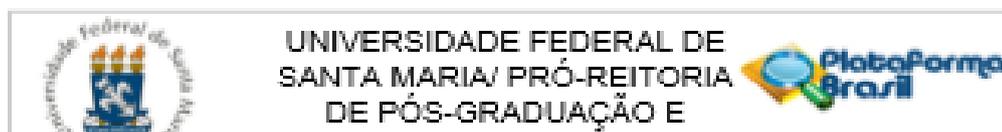
Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 04 de junho de 2014.

Sociólogo Rodrigo Silva Jardim
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção primária em saúde: prevalência e acesso

Pesquisador: ELIANE TATSCH NEVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32608114.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 784.833

Data da Relatoria: 09/09/2014

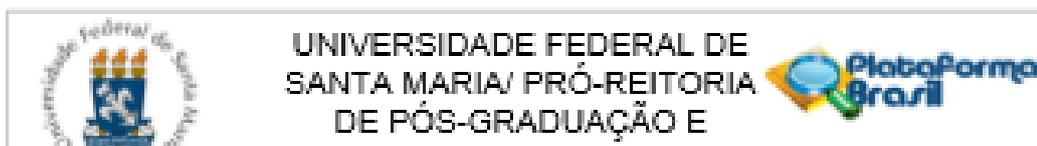
Apresentação do Projeto:

Esse projeto tem como objeto de estudo a prevalência de crianças com necessidades especiais de saúde (crianças que dependem e demandam cuidados complexos, contínuos e produzidos por rede de cuidados multiprofissional) em serviços de atenção primária em saúde e suas formas de acesso.

Trata-se de um estudo a ser realizado em duas fases, com abordagem quantitativa e qualitativa. Fase I: aplicação do instrumento CSHCN Screener® aos cuidadores familiares de crianças em qualquer tipo de atendimento (consulta, vacina, visita domiciliar) nos serviços de atenção primária em saúde nos municípios cenários do estudo, com 195 sujeitos em cada um. Fase II – realização de entrevistas semiestruturadas e dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS) Mapa Falante com cuidadores familiares de CRIANES identificadas na fase I, estima-se o número de 20 participantes.

A análise será realizada na fase I via software SPSS versão 17.0 e, na fase II, com análise temática indutiva de Braun & Clarke (2006).

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Endereço: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (51)2020-8352 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 194.838

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a prevalência de crianças com necessidades especiais de saúde em serviços de atenção primária em saúde.

Descrever as formas de acesso aos serviços de Crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Apresenta como riscos a mobilização de sentimentos desconhecidos pelos cuidadores familiares participantes do estudo.

Benefícios: cita-se a contribuição para a melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde de outras crianças com necessidades especiais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos obrigatórios adequadamente.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriores foram atendidas.

Situação do Parecer:

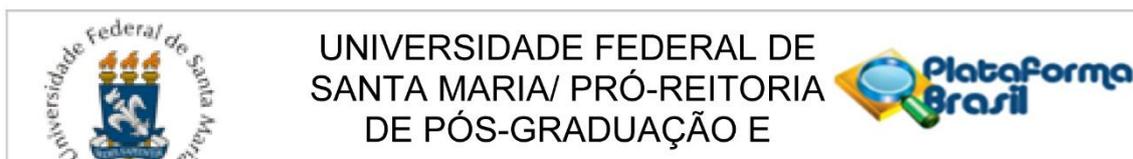
Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 784.833

SANTA MARIA, 09 de Setembro de 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Claudemir', is written above a horizontal line.

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM*
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

Projeto de pesquisa: Crianças com necessidades especiais de saúde atendidas em serviços de atenção primária em saúde: prevalência e acesso

Autores: Prof^a Dr^a Enf^a Eliane Tatsch Neves²; Enf^a Dda. Andrea Moreira Arrué³; Silvana Granado N. da Gama; Regina Aparecida Garcia de Lima.

Local da coleta de dados: serviços de saúde da atenção primária

Prezado (a) Senhor (a): _____ você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista, a participação deste estudo é de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: descrever os saberes e as práticas dos profissionais de saúde dos serviços de atenção básica acerca do acesso das crianças com necessidades especiais de saúde a estes serviços.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas sobre os seus saberes e práticas em relação ao acesso das crianças com necessidades especiais de saúde aos serviços de atenção primária.

Benefícios. Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na tomada de decisões do serviço de saúde nos níveis primários, secundários e terciários para que suas ações possam ser mais efetivas. Este estudo não possui nenhum benefício de origem financeira.

Riscos. Existe o risco de desvelar sentimentos e percepções que possam gerar algum desconforto aos sujeitos em virtude da fala de suas vivências. Nestes casos a entrevista será interrompida e ou conforme o caso suspensa.

*Endereço do Comitê de Ética/UFMS: Prédio da Reitoria, 2º andar, sala do Comitê de Ética, Fone: 55- 3220-9362.

¹ Este termo será apresentado em duas vias, uma para o participante e outra que ficara com os pesquisadores.

² Contatos com os pesquisadores: (55)- 3220-8938; e-mail: eliane.neves@ufsm.br; e-mail: andrea.mor@hotmail.com;

Sigilo. Como vai garantir o anonimato, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma, será utilizada a letra “P” (P1, P2, P3...), correspondente a inicial da palavra profissionais.

Acesso a informações: Em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar para a pesquisadora responsável Profa Dra Eliane Tatsch Neves (55) 3220-8938 ou (55)- 3220-8473 ou pelo e-mail: eliane.neves@ufsm.br. Os dados serão guardados na sala 1336 do Deptº Enfermagem da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900 e após cinco anos serão destruídos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Santa Maria _____ de 20____.

Assinatura do profissional

Eliane Neves/ pesquisadora