



ORIGINAL ARTICLE

ACCESS AND EMBRACEMENT OF CHILD IN UNIT OF FAMILY HEALTH

ACESSO E ACOlhIMENTO DE CRIANÇAS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ACCESO Y ACOGIDA DE NIÑOS EN UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Daniele Trindade Vieira¹, Maria de Lourdes Denardin Budó², Silvana de Oliveira Silva³, Márcia Gabriela Rodrigues de Lima⁴

ABSTRACT

Objective: to know how the family caregivers perceive the access and embracement of child, using the services of a Health Unit of the Family of city in the countryside of Rio Grande do Sul. **Methodology:** this is about an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, carried out with 11 mothers of child under 2 years old, from March to May, 2010. For data collection, a semi-structured interview with thematic analysis was used, in accordance with Minayo. The study was approved by the Ethics Committee of Universidade Federal de Santa Maria, number 23081.015582/2009-18. **Results:** the caregivers perceive the accessibility to the Unit facilitated by geographical and economic questions, but fragile in functional and cultural dimensions. The subjects involved in research understand that the embracement is related to the bonding, listening and solving of the child's health needs, being the nurse's role in this process emphasized. **Conclusion:** the access and embracement are fundamental elements for the demand and choice for the service. In the same way, having accessibility does not guarantee access to humanized and integral health care. **Descriptors:** health services accessibility; user embracement; nursing care; family health, child health.

RESUMO

Objetivo: conhecer como os cuidadores familiares percebem acesso e acolhimento das crianças que utilizam os serviços de uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** estudo de campo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 11 mães de crianças menores de 2 anos de idade, no período de março a maio de 2010. Para coleta dos dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, com análise temática, conforme Minayo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o nº 23081.015582/2009-18. **Resultados:** as cuidadoras percebem a acessibilidade à unidade de forma facilitada pelas questões geográficas, econômicas, mas fragilizada nas dimensões culturais e funcionais. Os sujeitos envolvidos na pesquisa compreendem que o acolhimento está ligado às questões de vínculo, escuta e resolutividade das necessidades de saúde das crianças, destacando o papel do enfermeiro nesse processo. **Conclusão:** o acesso e o acolhimento são elementos fundamentais para a procura do serviço e escolha do mesmo. Da mesma forma, ter acessibilidade não é garantia de acesso à assistência humanizada e integral da saúde. **Descritores:** acesso aos serviços de saúde; acolhimento; cuidadores de enfermagem; saúde da família; saúde da criança.

RESUMEN

Objetivo: conocer cómo los cuidadores familiares perciben el acceso y la acogida de los niños que utilizan los servicios de una Unidad de Salud de la Familia de una ciudad del interior del Rio Grande do Sul. **Metodología:** estudio de campo de tipo exploratorio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con 11 madres de niños menores de dos años de edad, en el período comprendido entre Marzo y Mayo de 2010. Para la colecta de datos, se utilizó la entrevista semi-estructurada con análisis temático conforme Minayo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Santa María, apoyado por el número 23081.015582/2009-18. **Resultados:** las cuidadoras perciben la accesibilidad a la unidad facilitada por cuestiones geográficas y económicas, pero frágil en las dimensiones funcionales y culturales. Los sujetos implicados en la investigación comprenden que la acogida está relacionada con cuestiones de vincula, escucha y resolución de las necesidades de salud de los niños, destacando el papel del enfermero en este proceso. **Conclusión:** el acceso y la acogida son elementos fundamentales para la demanda del servicio y la elección del mismo. Del mismo modo, tener acceso no garante acceso a atención humanizada e integral en salud. **Descritores:** acceso a servicios de salud; acogida; cuidados de enfermería; salud familiar, salud del niño.

¹Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: danieletvieira@pop.com.br; ²Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com; ³Professora titular da disciplina de Saúde Coletiva II e III da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI/Santiago. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem URI/Santiago. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: silvano@ymail.com; ⁴Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e acadêmica do curso de Educação Especial pela UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: grlmarcia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Antigamente, a criança era tratada com descaso, sendo considerada como um ser humano inferior aos demais e, muitas vezes ao nascer podia ser tanto rejeitada como morta, dependendo da cultura de cada lugar. Aos poucos, com o passar do tempo, a evolução das civilizações e o advento do pensamento cristão, a criança passou a ser valorizada e entendida como indivíduo que precisa ser amparado e assistido.¹

Com esse novo olhar à criança começa a surgir no Brasil, na década de 80, o programa de *Assistência Integral à Saúde da Criança*, com o intuito de prestar uma atenção voltada às doenças prevalentes, alta morbidade e mortalidade infantil e fazer um acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças. Esse programa era baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população, tendo uma ação coordenada entre o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais.²

Paralelamente, nesse período passa a existir a Constituição Federal³ de 1988, trazendo como consequência a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, que tem como objetivo alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira.⁴

Frente à necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças inspiradas nas ideias da reforma sanitária e nos princípios do SUS foram delineadas e postas em prática, sendo que uma delas, em 1994, foi o Programa de Saúde da Família (PSF).⁴

Esse programa, denominado atualmente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), instituiu-se com uma nova visão de trabalho, objetivando a promoção da saúde, focada, principalmente, na família, no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. As suas ações pela saúde são tanto individuais como coletivas, abrangendo a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde.⁵

Especialmente no que se refere à criança, essa estratégia é conveniente, uma vez que ela faz parte de uma família, a qual está inserida em um contexto socioeconômico, político e cultural que exerce um papel fundamental no seu processo saúde-doença.

Por outro lado, na prática dos serviços de saúde, as ações continuam sendo centradas no indivíduo e no biológico, reiterando a necessidade de dar novas diretrizes aos profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente com crianças.⁶

Para tanto, em 2004, o MS lança a Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com a finalidade de fornecer a todos os profissionais da saúde subsídios para atuar na saúde da criança, integralmente, fazendo com que o atendimento a estas seja qualificado e resolutivo, pois se a unidade básica não puder ajudar nesse momento, poderá auxiliar a família na busca de atendimento mais especializado. Sendo assim, essa criança irá receber cuidado integral e ser atendida em suas necessidades e em seus direitos, e, para que esse o cuidado seja feito na perspectiva da integralidade, deve-se dar uma atenção maior às questões de acesso e de acolhimento, os quais refletirão na qualidade do serviço prestado.⁷

Assim sendo, o MS preconiza que o acesso, na perspectiva do atendimento à criança, deve ser entendido como responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, fazendo avaliação qualificada de cada situação e escuta de suas demandas ou problemas de saúde. Destaca-se, ainda, que não se pode esquecer que é direito de toda criança receber assistência de saúde.⁷

Quando se refere ao acesso, pode-se constatar que existem conceitos complexos variados entre autores e que, conforme o contexto, mudam ao longo do tempo. Em algumas situações, acesso e acessibilidade, empregados como sinônimos, indicam o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.⁸ Em contrapartida, alguns autores^{9,10} apresentam o conceito de acesso relacionado com a experiência do usuário na rede de atenção, que, logo, tem relação com o percurso dentro das instituições da saúde, sendo este a garantia da integralidade da atenção. Já a acessibilidade está relacionada com a entrada desse usuário no sistema, o primeiro contato.

Nesse sentido, a acessibilidade é definida como dispositivo que facilita a entrada dos usuários nos serviços de saúde, portanto, podendo viabilizar ou não o primeiro contato.¹⁰ É possível, também, compreender as várias dimensões dessa acessibilidade, sendo descritas como acessibilidade geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.¹¹

A acessibilidade geográfica, compreendida como a distância média entre a população e

Vieira DT, Budó MLD, Silva SO et al.

os serviços de saúde, deve ser medida levando-se em conta as barreiras geográficas e, por conseguinte, o tempo que o usuário levará para obter a assistência à saúde. A acessibilidade organizacional refere-se aos obstáculos que podem estar na entrada ou no interior das Unidades de Saúde. Entre eles, destaca-se a demora para obter consulta em função de horários e turnos de atendimento, o tempo de espera para que o usuário seja atendido e realize os exames complementares, diagnósticos e encaminhamentos aos serviços de referência e contra-referência. Quanto à acessibilidade sociocultural, esta se relaciona à percepção dos usuários acerca das crenças sobre saúde, doença e corpo, tolerância à dor e credibilidade nos serviços. E a acessibilidade econômica inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, bem como os prejuízos por perda de dias de trabalho e as possíveis perdas em função do afastamento por doenças e/ou tratamento.¹¹

Dessa forma, neste estudo será utilizado, como base conceitual, o termo *acesso* na sua dimensão ampliada, compreendendo-o tanto no enfoque relacionado à estrutura dos recursos quanto à experiência dos usuários nos serviços de saúde.⁹ Nessa ótica, entende-se que o acesso do usuário ao serviço de saúde oportuniza aos profissionais desempenharem o acolhimento, garantindo transformações na forma de condução da gerência e da assistência. Portanto, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do cuidado à saúde.¹²

Pode-se dizer que acolhimento caracteriza-se como o modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços. Significa em sua essência: acolher, ouvir, escutar, analisar, suprir de forma eficiente a demanda, dar as respostas mais adequadas aos usuários e à sua rede social, além de perceber o usuário como sujeito e participante ativo na produção de saúde. Implica, ainda, prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.¹³

Assim, o acolhimento deve ser visto como meio de propiciar vínculo entre equipe-usuário, com o objetivo de torná-lo uma ferramenta potente para o cuidado integral e a modificação da clínica, sendo um dispositivo

Access and embracement of child in Unit of...

utilizado para questionar o processo de trabalho do serviço.¹⁴

Nesse sentido, a conjugação acesso e/ou acolhimento em um serviço de saúde promove a satisfação entre equipe e usuário, determinando a escolha pelo serviço e favorecendo a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada nas unidades de saúde.¹⁵

Desta forma, durante as aulas práticas na graduação, observou-se que nem sempre os usuários tinham esse tipo de serviço disponível na Atenção Básica. Além de que, em uma unidade pediátrica observou-se que as doenças evitáveis constituíam-se nos principais motivos de internação hospitalar infantil, que poderiam ser prevenidas se houvesse serviços na Atenção Básica mais eficazes diminuindo os custos hospitalares.

Sob outro aspecto, acredita-se que fomentar uma discussão acerca da temática acesso e acolhimento, compilando com o pensamento de outros autores, possibilita ressaltar a importância de estruturar, construir, articular e implementar estratégias que ampliem a eficácia, eficiência e efetividade no atendimento da população, desde a entrada no serviço de saúde até sua permanência nos segmentos de atenção. Além disso, esse estudo poderá contribuir para reduzir entraves que impeçam ou dificultem a resolutividade das necessidades dos usuários e potencializar a co-responsabilização e co-atuação entre a tríade usuário-profissional-serviço de saúde.

Frente à problemática referida, elaborou-se este estudo com o objetivo de conhecer como os cuidadores familiares percebem o acesso e o acolhimento das crianças que utilizam os serviços de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

METODOLOGIA

Considerando-se os objetivos deste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa do tipo descritiva. A pesquisa qualitativa aplica-se às interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, como constroem suas vidas e a si mesmas, proporcionando o estudo das relações, representações, crenças e percepções destes. Desta forma, é o método que melhor conforma-se com as pesquisas de grupos delimitados, com o intuito de compreender as histórias sociais na visão de seus atores.¹⁶

Esta pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2010, em uma área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município do Sul do

Brasil. A unidade conta com duas equipes de saúde da família responsáveis por, aproximadamente, duas mil famílias, sendo que o número de crianças de zero a dois anos corresponde a 134.

Salienta-se que esta pesquisa foi realizada com onze mães de crianças menores de dois anos de idade, pertencentes à área de abrangência dessa USF. Essa faixa etária justifica-se por ser a assistida no Programa de Puericultura da USF. A faixa etária das mães-cuidadoras era de 18 a 35 anos, sendo que seis delas tinham apenas um filho, três com três filhos, uma com cinco e uma com seis.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada gravada em gravador digital e posteriormente transcrita. Cabe ressaltar que, para a coleta dos dados, utilizou-se a sala de consulta de Enfermagem na USF. Para os sujeitos que não estavam acessando o serviço de saúde, após frequente agendamento para Consulta de Puericultura e o seu não comparecimento realizaram-se as entrevistas em visitas domiciliares na companhia de uma Agente Comunitária de Saúde.

Depois da aprovação do Comitê de Ética da Universidade onde estava vinculada a pesquisa com o nº. do processo 23081.015582/2009-18 e CAAE 0292.0.243.000-09, deu-se o início da coleta de dados. Os sujeitos convidados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando participar da pesquisa, conforme Resolução 196/96.¹⁷ Respeitando os direitos de privacidade, nesta pesquisa as informantes foram identificadas por inicial "M" de mãe e o numeral conforme a ordem das entrevistas, ficando M01 ao M11 a identificação das participantes.

Para a análise das entrevistas utilizou-se a análise temática. As etapas desse processo corresponderam à pré-análise, à exploração do material, ao tratamento dos resultados obtidos e à interpretação.¹⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, emergiram duas grandes categorias: *acesso e acessibilidade das crianças na USF* e *acolhimento das crianças na USF*. A primeira foi organizada em acessibilidade geográfica, econômica, cultural e funcional. Já na segunda, a discussão deu-se a partir de questões de escuta, vínculo e resolutividade das necessidades de saúde da população.

• Acesso e acessibilidade das crianças na USF

No que se refere à acessibilidade na dimensão geográfica, a maioria das mães relataram que buscam a USF quando necessitam de atendimento à saúde das crianças devido à proximidade da residência. Um dos motivos apresentados para essa escolha foi a possibilidade do seu deslocamento a pé. Isso pode ser constatado nas seguintes falas: “(eu procuro) o Posto daqui. Porque é o que a gente tem acesso mais fácil, é perto de casa também e é gratuito.” (M09). “Geralmente, eu venho a pé, porque é pertinho, aí eu venho a pé.” (M08)

Segundo o exposto nas falas, é possível apontar que a distância entre o estabelecimento de saúde e a residência, assim como o período em que esse serviço oferece assistência aos indivíduos podem ser fatores decisivos para sua procura. Ainda, torna-se relevante acrescentar que, além da distância, outro fator intrínseco e determinante na acessibilidade entre a USF e o domicílio da população assistida por ela é o tipo de locomoção ou meio de transporte utilizado para chegar até esse estabelecimento de saúde. A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde.¹⁵

Além disso, com a criação da ESF houve um processo de territorialização destas unidades, as equipes das USF devem trabalhar em território delimitado com equipe multiprofissional.¹³ Isso proporciona delimitação de área e usuários de cada unidade, o que faz com que as questões de dimensão geográfica e questões econômicas sejam beneficiadas em relação à acessibilidade aos serviços de saúde.

Dessa forma, pode-se dizer que, em questão da dimensão geográfica, as crianças têm acessibilidade, já que todas as entrevistadas relataram que vão a pé até a unidade de saúde com as crianças. Essa situação vai ao encontro do estudo¹⁸ em que a maioria dos usuários pesquisados, quanto à avaliação da atenção à saúde da criança, não tiveram nenhum gasto com os meios de locomoção ao buscarem os serviços de saúde, sugerindo que as unidades estão próximas das moradias das pessoas, o que é esperado no caso da USF.

Em relação à dimensão econômica, além da proximidade da residência em relação à USF, ficou evidente, na fala das informantes, que o serviço de saúde disponibiliza o acesso a

Vieira DT, Budó MLD, Silva SO et al.

algumas medicações básicas e a exames complementares: “[...] na terça feira, até tenho que fazer um exame nele (filho) ali (na USF). Tenho que agendar para fazer.” (M07). “[...] se tem uma medicação que a gente não tem a disponibilidade de comprar, aí ele (enfermeiro) me dá um remedinho que tenha na unidade, que não precisa comprar [...].” (M04)

Assim, pode-se considerar que o acesso a esses serviços é satisfatório e atende às necessidades singulares dos sujeitos, favorecendo, dessa forma, o diagnóstico e tratamento das possíveis intercorrências da infância. Esse é um fator que facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde, tendo em vista que os aspectos econômicos e organizacionais pesam bastante na escolha do serviço.¹⁵

A acessibilidade na dimensão cultural foi percebida na situação em que a maioria das mães-cuidadoras referiu a busca pela USF em situação de doença. Isso pode ser percebido nas seguintes falas: “Quando é de mais urgência, no caso assim, quando se machuca, dá uma febre, aí eu trago [...].” (M01) “Sempre que necessário, em qualquer gripezinha, qualquer alergiazinha, que dá nele, eu sempre venho aqui.” (M02)

Para a maioria das mães-cuidadoras, a procura pelo serviço de saúde para atendimento das crianças ocorre quando há sinais ou sintomas clínicos e não para promover saúde e prevenir doenças, caracterizando uma tendência na perspectiva do modelo biomédico, ainda hegemônico, entre os profissionais e que repercute nas ações dos usuários. Tal concepção faz com que ocorra a marginalização da promoção da saúde e da prevenção de agravos, as quais necessitam ocorrer por meio de ações que privilegiem, em primeira instância, a percepção das diferentes dimensões do sujeito e a educação para a autonomia. O modelo biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo e a fragmentação do sujeito, produzindo uma prática assistencial mecanicista e adepta ao tecnicismo. Além do que, com isso, o olhar aos sujeitos vai se tornar fragmentado, prejudicando, desta forma, o desenvolvimento de ações em saúde na forma integral.¹⁹

Por outro lado, algumas cuidadoras referem a utilização do serviço para o acompanhamento em puericultura e para a vacinação, também, como podemos constatar nas falas: “[...] para a consulta mensal que ela faz, para medir, pesar, para ver se ela está bem.” (M05) “Para se vacinar, [...] para

Access and embracement of child in Unit of...

medir e para pesar, para acompanhar o crescimento dele.” (M03)

Nesse caso, observa-se uma concepção de saúde que abarca as questões de promoção e proteção da saúde, como apregoado na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança.⁵ Essa agenda refere que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e as imunizações constituem-se em diretrizes para os serviços de saúde a fim de apontar para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança para que ela possa crescer e se desenvolver em todo o seu potencial, além de reduzir a mortalidade infantil.

Na dimensão organizacional e funcional, a maioria das informantes diz que a acessibilidade tem algumas deficiências que podem ser melhoradas, como o horário de atendimento, o cumprimento da agenda pré-estabelecida e presença de médico pediatra no serviço. Isso pode ser comprovado nas falas: “A gente precisaria de pediatra, que é uma coisa que a gente não tem. Às vezes, um clínico, claro, ele olha, mas assim, uma criança, às vezes, é diferente de um adulto [...].” (M04) “[...] poderia, às vezes, o posto ficar aberto um pouco mais, porque, às vezes, tem mãe que trabalha, não tem condições de chegar até as quatro horas para trazer o filho, tem que deixar com os outros, mas para mim, por enquanto que não to trabalhando pra mim tá acessível [...].” (M08) “Para mim por enquanto está bom [...] Às vezes tu marcas, o atendimento, está marcado para uma hora aí tu chegas uma hora lá e não é isso, depende por ordem de chegada [...]” (M09)

Pelos depoimentos, é possível perceber que as informantes, de certa forma, consideram bom o serviço. No entanto, apontam fragilidades em sua organização, o que torna o acesso dificultado. Nessa perspectiva pode-se inferir que somente os que aguentam a demora do atendimento têm garantias de acessibilidade, pois conseguem superar as dificuldades de espera pelo atendimento. Alguns autores²⁰ dizem que, mesmo havendo um alto grau de satisfação para com os serviços de saúde, a baixa avaliação dos usuários é consistente em vários estudos anteriores, no que se refere, particularmente, à questões de tempo de espera e à comunicação entre profissionais e usuários. Estes são capazes de fazer com que exista insatisfação substancial em relação à componentes específicos da atenção. Esta questão justifica-se devido ao excesso da demanda por serviços de saúde, que ainda é maior no caso de unidades com Saúde da

Vieira DT, Budó MLD, Silva SO et al.

Família. Com frequência as equipes são implantadas em bairros com baixas condições socioeconômicas.²⁰

Entretanto, apesar de algumas dificuldades encontradas na acessibilidade organizacional, a aprovação foi referida por todas as entrevistadas no tocante à facilidade em consultar quando a criança precisa, por mais que exista a demora no atendimento e determinadas deficiências de alguns profissionais na equipe. Nesse caso, a organização da assistência à saúde, no local, permite a criação de um fluxo de ações e atividades eficientes, utilizando-se, inclusive, da referência e contra-referência oferecida pelo sistema de saúde para torná-la ainda mais eficaz, sendo que isso é citado nas falas seguintes: *“Tenho facilidade. A gente chega, explica o caso, aí eles passam para a enfermeira, se precisa de um médico examinar, no caso não tem pediatra eles passam para o clínico mesmo, são bem atenciosos.”* (M01) *“Aqui tenho. Toda vez que eu cheguei aqui eu fui atendida, às vezes pode demorar, às vezes demora, mas pelo menos fui atendida, bem atendida [...].”* (M08)

Diante dessas questões, é possível apontar que o fato de o usuário conseguir chegar até a Unidade de Saúde não significa que o mesmo terá sempre suas necessidades atendidas e conforme deseja. Desta forma, a acessibilidade corresponde à chegada do usuário no serviço, que, inevitavelmente, transcorrerá de acordo com o acesso disponível, ou seja, com o percurso oferecido dentro das instituições de saúde.⁹

Conforme assegurado pela Política Nacional de Atenção Básica⁵, o acesso ao serviço de saúde é um direito de toda população. Porém, é sabido que, no Brasil, atualmente, o atendimento à saúde pelo Sistema Único de Saúde esbarra em inúmeros entraves que dificultam o acesso dos indivíduos à assistência de qualidade.

Ainda no âmbito do atendimento, foi imprescindível questionar as participantes para verificar se as necessidades de tratamento à saúde das crianças eram sanadas quando procuravam atendimento na Unidade e o que os profissionais faziam para solucionar os problemas. Verificou-se que o ato de sanar necessidades é explícito nas ações de educação em saúde; outras veem como entrega de medicações ou um simples exame físico feito pelo médico ou enfermeiro. Isso é comprovado nas respostas seguintes: *“Sempre que eu pergunto alguma coisa ele sempre me explica, o enfermeiro, até a agente de saúde mesmo, sempre me explica, não tenho*

Access and embracement of child in Unit of...

problema nenhum quanto a isso.” (M08) *“Depende, do que eu preciso. [...] Conforme o medicamento que eu quero tem, às vezes, não tem, aí retorno de novo. Às vezes, as vacinas das crianças...”* (M06)

Diante das falas, percebe-se que a concepção das participantes no que se refere às necessidades de saúde a serem atendidas é muito vaga quando comparada à amplitude com a qual essas ações de assistência à saúde abarcam e atingem, diretamente, o indivíduo, que depende do serviço de saúde em todas as suas esferas. Desta forma, é possível inferir que, se forem realizados exames físicos durante as consultas médicas e de enfermagem, e, logo após, forem oferecidas medicações e algumas ações de educação em saúde, o atendimento seria satisfatório, não se fazendo necessária qualquer alteração.

Diante das falas das informantes, acredita-se que a população necessita muito mais do que medicações e consultas para resolver suas necessidades em saúde a médio e curto prazo. Para tanto, faz-se urgente se estabelecer um conjunto de ações que abrigue a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades como linhas mestras da assistência à saúde, tendo como pilares a educação fornecida por meio de grupos, salas de espera, oficinas e seminários, assim como a instigação desses indivíduos a participarem, ativamente, de espaços que proporcionem controle social.

• Acolhimento das crianças na USF

A análise dos dados permitiu constatar que todas as informantes acreditam serem acolhidas no serviço, referindo que, quando procuram a unidade, há escuta e atenção por parte dos profissionais. Isso pode ser constatado nos falas que seguem: *“[fui] recebida bem. Perguntam quantos aninhos ele (filho) tem, como é o nome dele, sou recebida bem [...].”* (M07) *“[...] A gente chega explica o caso, aí eles passam para a enfermeira, se precisa de um médico examinar [...], são bem atenciosos.”* (M01)

Em um primeiro momento, constata-se que o acolhimento é compreendido de forma singular pelas informantes, que o relacionam meramente a questões de oferta de serviço e cortesia da equipe com seus filhos, demonstrada por meio de carinho com os mesmos. Acredita-se que essa percepção seja tida como satisfatória, devido a questões de confiança e estabelecimento de laços de vínculo com os profissionais de saúde, principalmente com enfermeiros. A confiança e o estabelecimento de elos foram também observados em estudo²² a respeito de percepções de mães sobre atendimento em

Vieira DT, Budó MLD, Silva SO et al.

puericultura em Unidade Básica de Saúde. Essa satisfação faz com que elas escolham a USF em detrimento de outros serviços de saúde, como se pode observar na fala que segue: *“Eu procuro o PSF daqui. Porque eu sempre fui bem tratada [...]. O enfermeiro chefe me atendeu muito bem, muito responsável [...].” (M02)*

Pode-se perceber, com referência à resolutividade da assistência, que as informantes consideram o serviço resolutivo, pois grande parte delas menciona que suas necessidades são atendidas quando é preciso cuidado com a saúde das crianças. Mesmo que essa assistência não seja desempenhada na própria unidade, elas se sentem conduzidas na rede, não considerando isso um fator dificultador da atenção. *“Postinho aqui [Quando precisa de atendimento à criança]. Porque eles (profissionais) atendem bem, se precisa ir para o PA, eles encaminham, eles chamam a ambulância.” (M05)* *“[...] consegue solucionar o problema, se não tem, e precisa de outro lugar, eles indicam, explicam como chegar até lá.” (M01)*

Diante disso, observa-se que a resolução das necessidades nem sempre são realizadas na unidade. Mesmo assim, o enfermeiro procura comprometer-se com os problemas da comunidade, estabelecendo vínculo com as usuárias, fazendo com que elas considerem o serviço resolutivo. A busca pelo serviço dá-se pela confiança na experiência do profissional competente para o atendimento, influenciando, fortemente, a escolha do serviço a ser procurado.¹⁵ Para algumas autoras²¹, o que se espera de um profissional de saúde quando toma conhecimento de necessidades de saúde é que ele procure acolher de forma a responsabilizar-se pela mesma, o que pode ser constatado neste estudo.

Por outro lado, algumas participantes consideram o serviço não resolutivo quando referem a falta de um profissional pediatra na unidade, conforme as falas a seguir: *“Em primeiro lugar o que poderia ser melhorado é a presença de um pediatra, que daí não precisa estar se deslocando. Às vezes, tem que levar até em outro posto de outro bairro.” (M01)* *“[...] A única coisa assim era o pediatra, [...] os outros médicos, até as gurias mesmo, atendem a gente super bem, só que a gente precisa de um pediatra [...].” (M06)*

Em relação ao exposto, percebe-se que a atenção à saúde, ainda, está centralizada na figura do médico, sendo que o atendimento realizado por outros profissionais da saúde torna-se algo secundário e de menor

Access and embracement of child in Unit of...

importância, por mais que exista o vínculo com estes.

Essa concepção é reforçada pelos próprios profissionais da assistência quando tomam a atitude de encaminhar a outros serviços toda e qualquer ocorrência clínica apresentada pelas crianças, fazendo com que muitas vezes o acolhimento seja feito como uma triagem, não tendo dessa forma um cuidado integral ao usuário.

Em contrapartida, a consulta médica não deve ser a única sugestão de abordagem da criança, mas sim, toda a equipe deve participar da assistência e da resolução do problema, encaminhando para a consulta médica apenas, aquelas crianças que dela necessitam.^{7,21}

No entanto, observa-se que são mantidas fortes valorizações da atenção curativa, demonstrando as fragilidades do sistema de saúde em garantir a resolução das necessidades e do acesso a todas as tecnologias em saúde.¹² Além disso, só é possível pensar a integralidade a partir de um processo de trabalho no qual ocorra um acordo entre os membros da equipe acerca da definição de campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com o usuário.²¹ Nesse sentido, as ações da equipe terão mais impacto na saúde da população, pois estarão produzindo cuidados resolutivos.

Acredita-se que, para superar esse obstáculo, uma das alternativas seria investir na educação permanente dos recursos humanos, com vistas à sensibilização dos profissionais e da rede de atenção à saúde em aderir à estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). A operacionalização desta estratégia vem sendo efetivada, principalmente, pelas Equipes de Saúde da Família e congrega protocolos de conduta concernentes à promoção, prevenção e tratamento dos problemas que são mais frequentes na infância.²³

Frente à análise dos dados, constatou-se que o acolhimento significa a postura dos serviços de saúde e, por conseguinte, de seus trabalhadores para o atendimento das necessidades de saúde do usuário, sendo que neste estudo o acolhimento do serviço de saúde está fragilizado em função da organização do serviço estar centrada na clínica e na transferência de responsabilidades, situações estas que geraram dificuldades nas relações e, por consequência, na atenção integral da saúde da criança.

Portanto, acredita-se que para o acolhimento ser real e eficaz, deve-se ir além das queixas biológicas, o que significa dizer que, por meio de uma escuta sensível, é necessário buscar a interação com o sujeito a fim de estimular reflexões sobre a qualidade de vida, do autocuidado e da cidadania.²

Entretanto, isso não se constatou na análise, pois o atendimento e a resolução do problema não se deram a partir de um acordo entre usuário-profissional, mas sim por meio de imposição do profissional aos sujeitos sobre o cuidado a ser desempenhado pelos mesmos, sem uma escuta qualificada. Além de ter ofertado só um caminho a ser percorrido, como podemos perceber na fala: “[...] *ai ele atendeu e viu que não era com ele, ela era bem nenê, eles chamaram a ambulância pra levar no PA [...]. Mas no PA, ai eles mandaram ela de volta pra cá, [...]*” (M05) Percebe-se que o sujeito não foi protagonista da decisão, tendo em vista que as condutas dos profissionais estavam condicionadas somente às questões biológicas, desconsiderando os determinantes do processo saúde-doença.

Dessa forma, acredita-se que a escuta sensível é um dos pilares norteadores do acolhimento, já que é por meio dela que os profissionais do serviço conhecem as necessidades dos usuários e podem desenvolver o diálogo e o cuidado de forma eficaz e orientada. Além disso, devemos ter atenção à linguagem não verbal do usuário, já que não se faz só com a palavra falada, mas também por sinais e expressão corporal.²²

Assim, se não ocorrer esse processo, a integralidade do atendimento fica prejudicada, pois não será considerado o usuário como sujeito, portador de direitos e de opções de vida.²¹ Nessa conjuntura, promoção de competências, educação permanente e educação popular devem estar conectadas a fim de habilitar os profissionais voltados para a atenção integral da saúde da criança.²²

Assim, o acolhimento constitui-se em um momento propício para ampliar o conceito do ser, para compreendê-lo a partir de uma rede de conversações no serviço de saúde ao longo da qual são definidas as trajetórias que cada usuário necessita na busca de satisfação para suas demandas.²⁴ Para tanto, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios apregoados pelo Sistema Único Brasileiro, como a Universalidade, a Integralidade e a Equidade do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou compreender, por meio dos relatos das informantes, questões referentes ao acesso e ao acolhimento das crianças vinculadas a uma USF. A partir disso, evidenciou-se que as crianças possuem acessibilidade ao serviço de saúde, porém as questões de acesso e acolhimento ficaram muito aquém de serem eficazes e ideais na assistência aos usuários.

Desse modo, as facilidades relatadas pelas informantes referem-se às questões de acessibilidade geográfica e econômica, tendo em vista que todas se deslocam com as crianças a pé até a unidade de saúde, portanto, sem a necessidade de custo financeiro com deslocamento. O mesmo acontece em relação às questões de medicamentos e exames diagnósticos, tornando a acessibilidade aos serviços satisfatória.

No que tange às fragilidades, as usuárias remetem-se à organização dos sistemas de saúde principalmente quando apontam para a falta de atendimento especializado, a demora e a espera pelos serviços que procuram. Pode-se inferir que o acolhimento muitas vezes é desenvolvido como triagem, sem que o indivíduo seja visto em sua integralidade, fazendo com que essas fragilidades contribuíssem para que o acolhimento não fosse percebido em sua totalidade pelas usuárias.

Em contrapartida, o acolhimento foi compreendido pelas informantes de forma singular, devido a questões de estabelecimento de vínculo, este evidenciado na figura do profissional enfermeiro, que tenta da melhor forma possível fazer com que o serviço seja resolutivo às necessidades da população, por mais que a atenção à saúde da criança não seja finalizada na própria unidade. Desta maneira, a pesquisa proporcionou compreender que acesso e acolhimento são fundamentais para a procura e a resolutividade do serviço, além de se constituírem em subsídios importantes para se avaliar um serviço de saúde. Fica o questionamento: uma equipe mínima consegue dar conta das necessidades dos usuários ou uma equipe ampliada garante o acesso aos usuários?

Portanto, cabe ressaltar a importância de se desenvolver momentos de discussões entre a equipe e desta com a rede de assistência à saúde e a comunidade, compreendendo o que é saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde das crianças, com o intuito de tornar as ações básicas de

saúde da criança uma atividade desenvolvida de forma integral, percebendo-a como um ser em constante processo de transformação. Isto porque a cultura do modelo biomédico encontra-se enraizado, tanto no meio profissional como na sociedade em geral, o que faz com que o cuidado à saúde das crianças seja, muitas vezes, desenvolvido de forma parcial.

Nesse enfoque, esse estudo não teve a pretensão de esgotar a discussão sobre os temas acesso e acolhimento das crianças da USF, mas sim, iniciá-la. Por fim, estes se constituem como desafios na construção do cuidado integral e humanizado, além de serem elementos de fundamental importância para a gestão e a avaliação de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
2. Figueiredo GLA, Mello DF de. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na internet]. 2003 jul/ago [acesso em 2010 abr 14];11(4):544-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a19.pdf>.
3. Ministério da Justiça [homepage na internet]. Brasil: Casa Civil; 1988 [atualizada em 2010 dez 22; acesso em 2011 Mar 1]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; [aproximadamente 15 telas]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
4. Oliveira AKP de; Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. Rev. Adm. Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 jun 08];42(2):369-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/08.pdf>.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Santos LDB, Silva SO. Linha do cuidado incentivo ao aleitamento materno: uma proposta para o acompanhamento de enfermagem das crianças menores de um ano de idade pertencentes à ESF Monsenhor Assis-Santiago/RS [trabalho conclusão de curso]. Santiago: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2009.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2010 jun 20];20(2):190-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>.
9. Weiller, TH. Acessibilidade e acesso na avaliação dos serviços de saúde. Apresentação em multimídia no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2009.
10. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B, organizador. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002; 207-45.
11. Fekete MC. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). Desenvolvimento gerencial de unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Unidade 3. Texto de Apoio da unidade 1: Organização Pan-Americana de Saúde. 1995; 114-20.
12. Pinafo E, Lima JV de C, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. Revista Espaço para a Saúde. 2008 Jun; 9(2):17-25.
13. Ministério da Saúde (Brasil). O Acolhimento como uma Diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
14. Souza ECF de, Vilar RLA de, Rocha N de SPD, Uchoa A da C; Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 jun 21];24(1):100-10. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/15.pdf>.
15. Ramos DD, Lima MAD da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de

Vieira DT, Budó MLD, Silva SO et al.

saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2003 jan/fev [acesso em 2010 abr 15]; 19(1):27-34. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

18. Ribeiro JM, Siqueira SAV de, Pinto IF da S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2010 jan/mar [acesso em 2010 maio 12]; 15(2):517-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a28.pdf>.

19. Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2006;35(4):16-24.

20. Stralen CJ van, Belisário SA, Stralen TB de S van,, Lima AMD de, Massote AW, Oliveira C di L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 abr 03]; 24(1):148-58. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/01.pdf>.

21. Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2004 nov/dez [acesso em 2010 mai 20]; 20(6): 1487-94. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>.

22. Vasconcelos LM, Albuquerque IMN, Lopes RE, Oliveira CV, Viera NFC, Gubert F do A. Puericultura: percepção de mães atendidas em unidade básica de saúde em Sobral, Ceará, Brasil. *Revista Enfermagem UFPE on line* [periódico na internet]. 2010 jul/set [acesso em 2010 abr 12]; 4(3):154-59. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1074/876>.

23. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1/Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da

Access and embracement of child in Unit of...

Saúde [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2010 abr 15]; 2(1): 1-34. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/aidpi1.pdf>.

24. Scholze AS, Ávila LH de, Silva MM da, Dacoreggio STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. *Revista Espaço para a Saúde* [periódico na internet]. 2006 dez [acesso em 2010 maio 25]; 8(1):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2000/10/08
Last received: 2011/03/02
Accepted: 2011/30/05
Publishing: 2011/06/01

Address for correspondence

Maria de Lourdes Denardin Budó
Rua Appel, 800/208
CEP: 97015-030 – Santa Maria (RS), Brazil