

Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Medicina

Departament de Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia i Medicina Preventiva

Programa de Doctorat en Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia, Medicina Preventiva i Salut Pública

Mortalidade infantil evitável e acesso à atenção à saúde no Recife, Brasil na perspectiva dos principais atores sociais

Autora: **Lygia Carmen de Moraes Vanderlei**

Diretora: **María Luisa Vázquez Navarrete**

Tutor: **Miguel Martín Mateo**

Tese Doutoral

Bellaterra, 2010

À memória de meu pai, Domingos Vanderlei, sempre presente comigo, pelo grande incentivo aos meus estudos, pelo amor, confiança e orgulho que sempre me dedicou e pelo ensinamento do gostar de viver a vida...

Agradecimentos

Com a finalização do trabalho de tese doutoral tenho o sentimento de desejos realizados, pois o aprofundamento em uma nova abordagem - para uma *alma epidemiologista* e em um país do *primeiro mundo* - para uma estudante do Nordeste brasileiro se constituiu em um sonho perseguido ao longo do tempo e transportado ao mundo real.

O trabalho me ajudou na arte de ouvir as pessoas, percebendo o que está além da fala e contribuindo para que possam melhorar sua realidade. Não tenho a pretensão de etapa finalizada no campo do conhecimento estudado, mas passo inicial para novos aprendizados utilizando a metodologia qualitativa:

... a beleza de ser um eterno aprendiz... (O que é, o que é? Gonzaguinha, 1982).

Desejo manifestar meus sinceros agradecimentos às pessoas que contribuíram para a realização desta pesquisa e especialmente:

A Antônio Carlos dos Santos Figueira, Presidente do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) - instituição em que como *cria da casa* tive o privilégio de desenvolver com seu fundador os caminhos da pediatria social - por ter me concedido a liberação com vencimentos integrais viabilizando os estudos no exterior, o que me permitiu realizar o presente trabalho.

A María Luisa Vázquez, orientadora da tese, por sua seriedade e compromisso profissional, que associados ao seu profundo conhecimento teórico-prático me proporcionaram um grande aprendizado além da oportunidade de passar a fazer parte de seu círculo de amizades.

A Miguel Martín, tutor da tese, pelas orientações oferecidas para além dos trâmites da Universidade Autônoma de Barcelona, pelo seu profundo conhecimento de mundo e o prazer em usufruir sua amizade.

Aos meus queridos amigos e colegas de trabalho Paulo Frias e Suely Arruda, pelo seu apoio técnico, científico e antes de tudo, de conforto emocional pela certeza de saber com quem se pode contar.

As amigas Rejane Ferreira, Carmen Lara e Jussara, a primeira por ter me incentivado a enfrentar o desafio de estudar em Barcelona e por ter ajudado no meu acolhimento, ao permitir que conhecesse as outras duas amigas na Cidade.

Aos amigos da UAB, Albert, Cecília, Teresa e especialmente a Olívia, pelo apoio e cordialidade durante o período de estudo.

Aos transcritores das fitas, Pedro Gabriel, Márcia Araújo e Wasty de Deus, pela dedicação e compromisso, esta última também pelo valioso trabalho de intermediação de documentos no período de afastamento do IMIP.

A Prefeitura da Cidade do Recife, pela anuência na realização do trabalho nos serviços de saúde do Distrito Sanitário I, assim como a sua diretora, aos diretores das Policlínicas Waldemar de Oliveira e Gouveia de Barros, do Centro de Saúde Prof Cesar Montezuma, do Centro de Alergologia Dr S. Pinho, dos hospitais Maria Cravo Gama, Helena Moura e Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira.

Aos gestores, gerentes, diretores, médicos, enfermeiros, agentes de saúde e mães das crianças do Distrito Sanitário I, informantes do estudo, por seu consentimento em participar da pesquisa, especialmente à gerente de território Josete Nascimento, pelo apoio oferecido no deslocamento nas comunidades e serviços do DS I e pela conquista de uma nova amizade.

Aos colegas de trabalho da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil: Prof. Eulálio, Ariani, Cynthia, Isabella, Amanda, Leila e Nadja, pelo convívio amigável e solidário.

Aos meus familiares, pelo amor recíproco, especialmente meus queridos filhos Pedro Gabriel e Antônio, por suportarem minha ausência; a minha irmã-mãe Leila, meu braço-direito e à Ivone, as donas-da-minha-casa no período em que estive no outro continente e ao marido Jonas, pelo companheirismo durante a estadia.

Lista de abreviaturas e siglas

AB - Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
AMS - Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASA - Agente de Saúde Ambiental
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CHD - Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil
CID - Classificação Internacional das Doenças
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DS I – Distrito Sanitário I
EC 29 - Emenda Constitucional nº 29
ESF – Equipe de Saúde da Família
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MS - Ministério da Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
nv – Nascido Vivo
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPI - Programação Pactuada e Integrada

PRMI – Projeto de Redução da Mortalidade Infantil

PSF – Programa Saúde da Família ou Estratégia do Saúde da Família

RPA - Regiões Político-Administrativas

SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais

SAMU - Serviço de Assistência Médica de Urgência

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFG - Teto Financeiro Global

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBT – Unidade de Saúde Tradicional

USF – Unidade de Saúde da Família

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Lista de Figuras

Figura 1 – CMI de Recife por componente	9
Figura 2 – Evolução do CMI do Recife por Distrito Sanitário	10
Figura 3 – Evolução da Cobertura do PSF no Brasil	32
Figura 4 – Evolução da Cobertura do PSF no Brasil por Regiões geográficas	32
Figura 5 – Modelo Assistencial de Saúde do Recife	40
Figura 6 - Rede de Unidades Básicas de Saúde do Recife por Distrito Sanitário	43
Figura 7 – Rede de Serviços Especializados do Recife por Distrito Sanitário	44
Figura 8 - Modelo lógico para intervenção em menores de um ano no Recife	45
Figura 9 - Modelo de Acesso aos Serviços de Saúde de Aday y Andersen	56
Figura 10 - Modelo Emergente de Acesso aos Serviços de Saúde	57
Figura 11 - Mapa de la ciudad de Recife por Distrito Sanitário	72

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por distritos sanitários do Recife e critérios de evitabilidade	13
Tabela 2 - Leitos para internação por esfera administrativa e disponibilidade ao SUS segundo Regiões brasileiras	28
Tabela 3 - Equipamentos existentes por tipo selecionado e disponibilidade ao SUS segundo Regiões brasileiras	34
Tabela 4 - Cobertura do PSF e PACS por Distrito Sanitário do Recife	42
Tabela 5 - Rede de Serviços de Atenção à Saúde Infantil no Recife em 2000 e 2008	46
Tabela 6 - Rede de Serviços de Saúde no DS I do Recife por Nível de Atenção	73

Lista de Quadros

Quadro 1 - Elenco de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Alta Complexidade do SUS	33
Quadro 2 - Princípios norteadores da política de saúde da criança	38
Quadro 3 - Rede Municipal de Serviços de Saúde	41
Quadro 4 - Composição final das instituições participantes	75
Quadro 5 - Composição final da amostra de informantes	77
Quadro 6 - Caracterização socioeconômica e demográfica das mães	77
Quadro 7 - Categorias de análise do acesso potencial por grupo de atores	82-85
Quadro 8 - Dificuldades na definição e divulgação das políticas: gestores	95
Quadro 9 – Barreiras no acesso relacionadas à disponibilidade e organização de recursos: gestores	102
Quadro 10 - Oportunidades e barreiras ao acesso segundo características organizacionais em área coberta pelo PSF: gestores	105
Quadro 11 – Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais: gestores	108
Quadro 12 - Dificuldades no conhecimento, aplicação e divulgação das políticas: profissionais das Policlínicas e UBT	113
Quadro 13 – Barreiras ao acesso relacionadas à disponibilidade e organização de recursos: profissionais das Policlínicas e UBT	117
Quadro 14 - Oportunidades e barreiras nos procedimentos para a atenção: profissionais das Policlínicas e UBT	121
Quadro 15 – Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais: profissionais das Policlínicas e UBT	125
Quadro 16 - Dificuldades relacionadas à divulgação da política de saúde: profissionais do PSF e PACS	130
Quadro 17 – Barreiras ao acesso relacionadas à disponibilidade e organização dos recursos: profissionais do PSF e PACS	137
Quadro 18 - Oportunidades e barreiras nos procedimentos para a atenção em área coberta pelos programas: profissionais do PSF e PACS	142
Quadro 19 - Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais: profissionais do PSF e PACS	145

Quadro 20 - Dificuldades relacionadas à informação sobre programas de saúde das crianças: Mães	149
Quadro 21 - Barreiras ao acesso relacionadas à disponibilidade de recursos: Mães	151
Quadro 22 - Oportunidades e barreiras ao acesso à atenção segundo características organizacionais: Mães	156
Quadro 23 - Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais: Mães	159
Quadro 24 - Sugestões dos gestores para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável	161
Quadro 25 - Sugestões dos profissionais das Policlínicas e UBT para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável	164
Quadro 26 - Sugestões dos profissionais do PSF e PACS para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável	168
Quadro 27 - Sugestões das Mães para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável	172
Quadro 28 - Sugestões de todos os grupos de informantes para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável	173
Quadro 29 – Trajetória do óbito evitável de Maria do Céu	184

Resumo

Antecedentes

A despeito do grande interesse do governo brasileiro em reduzir a mortalidade infantil com a implantação de vários programas, projetos e planos e do importante declínio em seu coeficiente nas duas últimas décadas, a persistência de óbitos infantis evitáveis, principalmente no componente pós-neonatal é particularmente preocupante. A relevância do problema deve-se à evidente relação entre a mortalidade infantil pós-neonatal e os determinantes sociais, sendo considerada majoritariamente evitável pelo acesso oportuno das crianças às ações e serviços de saúde. Considerando-se que as capitais brasileiras contam com redes de atenção à saúde constitucionalmente bem estruturadas para ofertar atenção integral em todos os níveis de complexidade do Sistema de Único de Saúde (SUS), a existência destes óbitos evidencia barreiras ao acesso e utilização das ações e serviços. Os estudos brasileiros relacionando a mortalidade infantil evitável ao acesso às ações e serviços de saúde utilizam como ferramenta de investigação primordial a metodologia quantitativa que é limitada na investigação do ponto de vista dos usuários e profissionais. Por outro lado, os estudos que privilegiam a abordagem qualitativa se mostram insuficientes em incluir a perspectiva dos protagonistas envolvidos quanto à influência das barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde na persistência de mortes infantis evitáveis, justificando o presente estudo.

Objetivo

Analisar como são as condições de acesso das crianças menores de um ano às ações e serviços de saúde na cidade do Recife e sua influência sobre a mortalidade infantil por causas evitáveis na perspectiva dos principais atores sociais.

Metodologia

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva de abordagem crítico-construtivista (Guba e Lincoln, 1992; Minayo, 2004), partindo-se do referencial teórico proposto por Aday e Andersen (1974) para a análise do acesso, focalizando-se as duas principais dimensões: *acesso potencial* (fatores predisponentes, capacitantes e as necessidades de atenção) e *acesso realizado* (uso de fato dos serviços de saúde). A área de estudo é o distrito sanitário I (DS I) do Recife, capital do estado de Pernambuco, Região Nordeste brasileira. Desenhou-se uma amostra teórica em duas etapas: 1. Selecionaram-se as instituições prestadoras de ações e serviços às crianças: Atenção Básica (PSF/PACS e Unidade

Básica Tradicional (UBT) e de Média Complexidade (Policlínicas); 2. Selecionaram-se os informantes buscando a variedade de discursos, utilizando dupla estratégia de coleta de dados: a. por meio das técnicas de entrevistas semi-estruturadas individuais aos principais atores sociais vinculados a instituição/serviço/programa de saúde independentemente do tempo de serviço: gestores (11); profissionais das Policlínicas e UBT (12); profissionais do PSF e PACS (48) e às mães das crianças com idade entre 28 a 365 dias completos (20); b. estudo de caso de óbito infantil evitável por ações e serviços de saúde: óbito com idade entre 28 a 365 dias completos, utilização das técnicas de revisão documental, entrevistas semi-estruturadas individuais aos profissionais envolvidos nas trajetórias assistenciais (3) e entrevistas não estruturadas à mãe da criança (2). O fechamento amostral foi obtido por saturação teórica (Glaser e Strauss, 1967). As entrevistas foram gravadas e transcritas textualmente, complementadas com anotações do diário de campo, duraram aproximadamente 50 minutos produzindo 55 horas e 56 minutos de material registrado. Realizou-se uma análise temática de conteúdo (Bardin, 1979), com geração mista de categorias e segmentação por grupo de informantes e temas. Identificaram-se os fatores das políticas de atenção à saúde da criança e as características da oferta dos serviços e dos usuários, que facilitam ou limitam o acesso potencial e realizado às ações e serviços de saúde e sua influência na mortalidade infantil por causas evitáveis. Para garantir a qualidade dos dados utilizaram-se a triangulação entre grupos de informantes, diferentes técnicas de coleta dos dados e participação de analista externa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. As entrevistas foram realizadas após esclarecimento sobre o estudo, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos informantes e das testemunhas.

Resultados

Os participantes ressaltaram dificuldades de acesso ao longo de todo o contínuo assistencial, desde a atenção básica aos serviços de média e alta complexidade. Dentre os fatores que influenciam o acesso potencial e realizado emergiram três grupos importantes de barreiras, que se retroalimentam: 1. As relacionadas às características do SUS, incluindo as políticas de atenção à saúde da criança, especialmente os referentes à inadequação do modelo de atenção, com as barreiras ao atendimento das crianças por pediatras que são substituídos por clínicos gerais e/ou enfermeiras no PSF, percebido com unanimidade pelas mães e por alguns profissionais; a fragilidade das ações intersetoriais foi percebida por todos os grupos de atores como barreiras ao acesso. 2. Os fatores estruturais e organizacionais da oferta têm como principais barreiras na opinião de todos os participantes a escassez global de recursos, principalmente os humanos, com

destaque à falta de médicos nas equipes do PSF determinando o atendimento majoritário a cargo das enfermeiras, com desvio de sua função; também destacam as dificuldades de acesso aos serviços de média/alta complexidade, pela limitação da rede conveniada ao SUS. Para as mães as principais barreiras são a constante falta de medicamentos e de vales-transporte no seu eventual deslocamento e, principalmente, as barreiras ao atendimento das demandas agudas no PSF, obrigando-as a obtenção de atenção nas emergências pediátricas superlotando-as e piorando a qualidade assistencial; o mau desempenho dos profissionais na prestação da oferta é percebido pelas mães na falta do acesso mediado pelo acolhimento e da atenção humanizada. Em contraste, os atores institucionais o associam ao descompromisso em todos os níveis de complexidade, à sobrecarga das equipes do PSF e ao desvalor dos profissionais deste Programa e percebem serem estes os fatores institucionais mais associados aos óbitos infantis evitáveis. Entretanto, o estudo de caso de óbito pós-neonatal evitável revelou como a mais importante barreira implicada a não responsabilização de toda a equipe pela criança de risco, potencializada pela falta de assistência à doença aguda que antecedeu ao óbito e pela não orientação para a procura de assistência médica oportuna. 3. As características socioeconômicas dos usuários representados pela miséria, violência e uso de drogas emergem como importante barreira ao acesso às ações e serviços para todos os participantes. As mães destacam as barreiras econômicas pela indisponibilidade financeira na compra de medicamentos básicos, sendo os gastos ampliados, eventualmente, na compra de passagens para o deslocamento. A situação de exclusão social da população é fortemente associada à persistência dos óbitos evitáveis para todos os informantes, que percebem a contribuição das mães por negligência imbricada às adversidades de vida, entretanto apenas estas apontaram a inexistência de uma rede de apoio comunitário como um dos fatores envolvidos.

Conclusões

Apesar do compromisso das diretrizes governamentais em garantir o acesso das crianças à atenção integral, foram reveladas várias barreiras para sua consecução ao longo do contínuo assistencial, que apontam para a insuficiente implantação do SUS e do modelo assistencial. A pouca disponibilidade de médicos no PSF e a restrição assistencial às doenças agudas percebida com muita força pelas mães como uma das mais importantes críticas ao Programa, desloca o eixo da atenção curativa inapropriadamente para as enfermeiras dificultando a realização de atividades preventivas e de supervisão ao ACS no nível domiciliar. Estas barreiras constituem-se nos maiores obstáculos à resolubilidade da AB e repercutem fortemente no seguimento das crianças em risco para o óbito, como revelados no estudo de caso de óbito infantil evitável. A falta de seguimento da criança de risco por toda a equipe do PSF foi potencializada por outras barreiras de qualidade da

atenção prestada representadas pela não assistência à doença aguda que antecedeu ao óbito e pela ausência de orientação e/ou encaminhamento para a assistência médica oportuna. As barreiras relacionadas à exclusão social das famílias associadas à fragilidade de atuação intersetorial e de rede de apoio social apesar de importantes, poderiam ser minimizadas com a atuação eficiente da atenção básica, como também desvelou o estudo de caso de óbito. Os resultados apontam para a necessidade de ajustes na oferta da atenção às crianças às suas reais necessidades que consolidem e legitimem o modelo de atenção do SUS. Finalmente, o estudo destaca a importância da complementaridade do enfoque qualitativo ao mostrar a inter-relação dinâmica entre os fatores no âmbito das políticas, da oferta e populacionais que se retroalimentam e potencializam as barreiras ao acesso das crianças, frequentemente omitida nas investigações quantitativas.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil Evitável; Acesso aos Serviços de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Background

Despite of the expressive interest from the Brazilian Government in reducing child mortality by introducing several programs, projects and plans and the important decline in its coefficient in the two past decades, the persistence of avoidable child deaths, mainly in the post-neonatal component is particularly alarming. The relevance of this problem is related to the notable interaction between post-neonatal child mortality and the social determinants, being considered mostly avoidable by the opportune child access to the health services. Considering that the Brazilian capitals count on health care networks constitutionally well structured to offer full attention in all levels of complexity inside SUS (National Health System), the occurrence of these deaths indicates barriers to the access and use of the services. Brazilian studies relating avoidable child mortality to the access and use of actions and health services utilize quantitative methodology as a main research tool, which is limited in investigating the point of view of users and professionals. On the other hand, studies that focus on qualitative approach have shown to be insufficient into include the perspective of the protagonists involved to the influence over barriers to the access and use of health care services in the persistence of avoidable child deaths, justifying the present study.

Objectives

Analyze how are the conditions of access of children under one year to the actions and health services in Recife city and its influence on infant mortality from preventable causes into the social actor's perspective.

Methodology

An exploratory and descriptive qualitative research was done, with critical-constructivist approach (Guba and Lincoln, 1992; Minayo, 2004), starting with the theoretical references proposed by Aday and Andersen (1974) to the analysis of the access, focusing the two main dimensions: *potential access* (predisposing factors, Enabling and need for care) and the *realized access* (the actual use of health services). The area of study is sanitary district 1 (DS I) from Recife, Pernambuco state capital, Northeastern Brazilian Region. A theoretical sample was drawn in 2 steps: 1. Child services providing institutions were selected: Basic Care (PSF/PACS and Traditional Basic Unit (UBT) and of Medium Complexity (Policlinics); 2

Informers were selected searching for an array of discourses, using a double strategy of data collect: a. by means of semi-structured individual interview techniques to the main social actors linked to the health institution/service/program disregarding the time of service: managers (11); practitioners from Policlinics and UBT (12); practioners from PSF and PACS (48); and to the mothers of children aged between 28 to 365 complete days (20); b. study of avoidable child death case by actions and health services: death with age between 28 and 365 complete days, documental review techniques utilization and semi-structured individual interviews with the practioners involved in aid trajectories (3) and non-structured interviews with the child's mother (2). The sample outcome was obtained through theoretical saturation (Glaser and Strauss, 1967). The interviews were recorded and transcribed textually, complemented with notes from a camp diary, had endured 50 minutes approximately, having produced 55 hours and 56 minutes of recorded material. A theme analysis of content was carried on (Bardin, 1979), with mixed generation of categories and segmentation per informers groups and themes. The factors child health care politics and characteristics from services offer and users were identified, which make the potential access harder or easier and focused on actions and health services and its influence on child mortality by avoidable causes. To assure the quality of data a triangulation of groups of informers, various data-collecting techniques, and external consultant participation was made. The research was approved by the Ethic Committee on Human Researched from Integral Medicine Institute Prof. Fernando Figueira. The interviews were made after explaining about the study, signature from Free and Clear Agreement Term from informers and witnesses.

Results

The participants emphasized access difficulties awhile all aiding continuum, from basic care to the medium and high complexity services. Among the factors that influence the potential and realized access three important barriers groups had emerged, feeding each other: 1 The ones related to SUS characteristics, including child health care politics, specially the ones referring to inappropriate health care model, with the barriers to care of children by pediatricians replaced by nurses and general practitioners inside PSF, entirely realized by mothers and some practitioners; the weakness of intersectorial shares was noticed for all group of actors as barriers to the access. 2. The structural and organizational factors of supply have as main barriers in the opinion of all participants in the global scarcity of resources, especially humans, particularly the lack of medical staff in determining the care of the PSF over majority of nurses, with deviation from its function; also highlight the difficulties of

access to medium/high complexity, by limiting the partner network to SUS. For mothers the main barriers are the continuing lack of medicines and transportation vouchers in their eventual displacement and, especially, the barriers to meeting the demands acute into PSF, forcing them to obtain care in pediatric emergency barricading them and getting worse the quality of care; the poor performance of professionals in providing the offer is perceived by mothers in the absence of access mediated by the host and humanized care. In contrast, the institutional actors associate with the disengagement at all levels of complexity, the overhead of teams of PSF and the devaluation of the professionals in this Program and realize these are the institutional factors most associated with preventable infant deaths. However, the case study of post-neonatal preventable death was revealed as the most important barrier involved the non-accountability of the entire team for the child at risk, enhanced by lack of care in acute illness prior to death and not for seeking guidance timely medical care. 3. The socioeconomic characteristics of users represented by poverty, violence and drug use emerge as an important barrier to access to actions and services for all participants. Mothers highlight the economic barriers by financial unavailability of buying basic medicines, and spending extended, possibly to buy tickets for the displacement. The social exclusion of the population is strongly associated with the persistence of avoidable deaths for all respondents, who perceive the contribution of mothers for negligence imbricated with the adversities of life, however only they showed the absence of a network of community support as a factor involved.

Conclusions

Despite the commitment of the government guidelines to ensure children's access to comprehensive care, were revealed several barriers to their achievement along the continuum of care, pointing to the inadequate implementation of the SUS and the care model. The limited availability of medical care in the PSF and the restriction of care to acute diseases perceived with great force by mothers as a major criticism of the Program shifts the focus of curative care inappropriate for the nurses difficulting to carry out preventive activities and supervision of the ACS in household level. These barriers are on the major obstacles to the AB resolubility and impacting heavily on the tracking of children at risk of death, as revealed in the case study of preventable infant death. Failure to follow the child at risk throughout the PSF team was augmented by others barriers to quality of care as represented by not servicing the acute illness prior to death and lack of guidance and/or referral to appropriate medical care. Barriers related to social exclusion of families linked to the fragility of intersectoral

actions and social support while important, could be minimized to the efficient operation of primary care, but also unveiled the case study of death. The results indicate the need for adjustments in the provision of care to the children to their real needs to consolidate and legitimize the model of care at SUS. Finally, the study highlights the importance of complementarity of the qualitative approach to show the dynamic interrelation between the factors within the policies, supply and population that feed themselves and enhance access barriers for children, often omitted in quantitative studies.

Keywords: Preventable Infant Mortality, Access to Health Services; Qualitative Research.

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas	v-vi
Lista de figuras	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Quadros	ix-x
Resumo	xi-xiv
Abstract	xv-xviii
Introdução	1-5
Antecedentes	
1 – Mortalidade infantil	
1.1 – Contextualização	6-8
1.2 - Mortalidade infantil no Recife	9-10
1.3 - Mortalidade infantil evitável	11-14
1.3.1 – A investigação da mortalidade infantil evitável	15-19
2 – O Sistema Único de Saúde do Brasil - SUS	
2.1 – Regulamentação e organização	20-24
2.2 – Financiamento	25-27
2.3 – Rede de serviços de saúde	28-34
2.4 - Atenção à saúde infantil no Brasil	34-40
2.5 - Atenção à saúde no Recife	40-44
2.5.1 - Atenção à saúde infantil no Recife	44-49
3 – O acesso à saúde	
3.1 – Conceitos e marcos conceituais	50-52
3.2 – Modelo teórico de Aday e Andersen	52-57
3.3 – Acesso e acolhimento	58-59
3.4 – Acesso e continuidade da atenção	59-61
3.5 - A investigação do acesso à atenção à saúde no Brasil	61-65
Justificativa e proposta teórica do estudo	66-69
Objetivos do estudo	70
Metodologia	
1. Desenho do estudo	71
2. Área do estudo	72-73
3. Amostra	74
4. Estratégia de coleta dos dados	74-79
5. Técnicas de coleta dos dados	79-81
6. Análise dos resultados	82-85
7. Rigor metodológico	85-86
8. Limitações metodológicas	86-87
9. Aspectos éticos	87-88
Resultados	89-90
1 – Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde e sua influência na mortalidade infantil evitável: gestores	
1.1 – Características da atenção adequada à saúde da criança	91-92
1.2 – Opinião sobre a política de atenção à saúde da criança	93-95
1.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção	96-105
1.4 – Influência dos fatores maternos no acesso à atenção	106-108
2 - Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde e sua influência na mortalidade infantil evitável: profissionais das Policlínicas e UBT	

2.1 – Características da atenção adequada à saúde da criança	109-110
2.2 – Opinião sobre a política de atenção à saúde da criança	111-113
2.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção	114-121
2.4 - Influência dos fatores maternos no acesso à atenção	122-125
3 – Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde e sua influência na mortalidade infantil evitável: profissionais do PSF e PACS	
3.1 – Características da atenção adequada à saúde da criança	126-127
3.2 – Opinião sobre a política de atenção à saúde da criança	128-130
3.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção	131-142
3.4 - Influência dos fatores maternos no acesso à atenção	143-145
4 – Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde e sua influência na mortalidade infantil evitável: mães	
4.1 – Características da atenção adequada à saúde da criança	146-147
4.2 – Opinião sobre a política de atenção à saúde da criança	148-149
4.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção	150-156
4.4 - Influência dos fatores maternos no acesso à atenção	157-159
5 – Sugestões para melhorar o acesso das crianças e reduzir a mortalidade infantil evitável	
5.1 – Sugestões dos gestores	160-161
5.2 – Sugestões dos profissionais das Policlínicas e UBT	162-164
5.3 – Sugestões dos profissionais do PSF e PACS	165-168
5.4 – Sugestões das Mães	169-172
6 – Estudo de caso de óbito infantil evitável: percorrendo as barreiras ao acesso	174-184
Discussão	
1. As barreiras ao acesso das crianças às ações e serviços e sua influência na mortalidade infantil evitável na percepção dos atores	185-187
2. A fragilidade do SUS e as políticas de atenção à saúde da criança	188-193
3. Os fatores do acesso potencial relacionados à oferta de ações e serviços: poucas oportunidades e grandes barreiras à atenção integral	194-202
4. As barreiras do acesso potencial realcionadas às mães e ao contexto social	203-206
5. Óbitos infantis evitáveis: as barreiras de acesso efetivo	207-212
Conclusões	213-216
Recomendações	217-219
Referências bibliográficas	220-236
Apêndices	237-246
Anexos	247-255

Introdução

A despeito do grande interesse governamental com a problemática da mortalidade infantil com a implementação de vários programas, projetos e planos e do importante declínio em seu coeficiente nas duas últimas décadas, a persistência de óbitos infantis considerados evitáveis na primeira década do Século XXI evidencia a necessidade da intensificação das ações e da adição de distintas abordagens de investigação. A existência de óbitos infantis, especialmente do componente pós-neonatal, apresenta determinantes relacionados com a precariedade de condições de vida e de acesso oportuno à atenção à saúde, sendo particularmente relevante seu estudo nas capitais brasileiras, cidades que contam com uma rede de atenção à saúde supostamente bem estruturada, prestando oferta de serviços à população em todos os níveis de complexidade.

Com a Reforma Sanitária e o advento do Sistema Nacional de Saúde brasileiro (SUS) em 1988, houve uma mudança progressiva do antigo modelo de saúde que era centrado nos hospitais e especialidades médicas e na dicotomia entre a saúde pública preventiva, por um lado e a assistência médica individual por outro. Nesse modelo anterior havia distinção entre clientela contribuinte previdenciária, os que realizavam pagamento direto pelos serviços de saúde e os “indigentes”, que recebiam atenção médica filantrópica. O SUS se fundamenta no comando único em todo o território nacional, cujos princípios e diretrizes são a universalidade da atenção, a equidade do acesso e a integralidade do cuidado, além da territorialização e descentralização das ações e serviços. Com sua criação o acesso universal à atenção à saúde passa a ser um dever do Estado a todos os cidadãos brasileiros, incluídas as crianças (Brasil, 1988; Brasil, 1990b; Brasil, 1990b).

A mudança do modelo apresentou-se com diversos desafios a serem superados, destacando-se o processo de regionalização e municipalização, passando por regulamentações sucessivas através das Normas Operacionais Básicas (NOB) na década de 1990 (Brasil, 1993; Brasil, 1996) e na presente década pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (Brasil, 2001a; Brasil, 2002a). Atualmente com a aprovação do Pacto pela Saúde (Brasil, 2005c; Brasil, 2006a), há o compromisso da consolidação dos avanços do processo de reforma sanitária brasileira, reforçando a descentralização de atribuições do Ministério da

Saúde (MS) para os estados e municípios. No entanto, um dos principais problemas enfrentados pelo SUS é a instabilidade de seu processo de financiamento, que recorrentemente necessita utilizar recursos de natureza emergencial e provisória, para fazer frente à falta de recursos próprios para o Setor, inviabilizando o adequado funcionamento do Sistema (Brasil, 2002c). Com a implementação da Emenda Constitucional nº 29, que tramita há nove anos na Câmara dos Deputados, a qual estabelece a vinculação de recursos nas três esferas de governo para serem obrigatoriamente gastos com o SUS, espera-se que haja uma maior regularidade do financiamento (Brasil, 2002c; Brasil, 2002d; Brasil, 2009).

No início da década de 1980, antes da criação do SUS, surgem as primeiras abordagens sobre a integralidade da atenção em saúde, direcionadas a programas destinados a grupos específicos (Conill, 2004). Assim, o MS passou a priorizar a atenção integral à criança qualificando a Atenção Básica e aumentando a cobertura dos serviços de saúde infantis, para promover a saúde no enfrentamento dos fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil (Brasil, 1988; Brasil, 1990b; Brasil, 1990b). Desta forma, as ações de promoção e manutenção da saúde infantil vêm se consolidando desde a implantação em 1984 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), envolvendo ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas, das infecções respiratórias agudas e incremento da imunização (Brasil, 1986; Brasil, 1995a; Brasil, 2000a). No entanto, o maior impacto alcançado pelo PAISC na redução da mortalidade infantil ocorreu com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (Brasil, 1994a) e em 1993, do Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 1994b), por intermédio dos quais são realizadas a maioria das ações propostas pelas políticas de saúde infantil. Com a edição da NOB 96, o PSF consolida-se no país e passa à estratégia de reorganização do novo modelo assistencial que tem na Atenção Básica sua porta de entrada.

Posteriormente, o Governo elabora o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 1995b), que é incorporado ao PAISC inovando na promoção da intersetorialidade para assegurar a sobrevivência infantil. A seguir as rotinas assistenciais da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, com a implantação da estratégia AIDPI, também são incorporadas para promover uma rápida redução da mortalidade na infância, através da atenção integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância no contexto em que está inserida (Brasil, 2003d).

Em 2005, o MS edita a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil para apoiar os estados e municípios na organização de uma rede única integrada de assistência à criança, propondo um conjunto de ações organizadas abrangendo a criança integralmente, articulando os níveis de complexidade na garantia da continuidade da atenção (Brasil, 2005e).

Finalmente em 2006, a redução da mortalidade infantil como política de governo foi mais uma vez enfatizada ao ser incluída entre as prioridades operacionais do Pacto pela Vida, um dos três componentes do Pacto pela Saúde (Brasil, 2005c; Brasil, 2006a).

No plano municipal, as diretrizes nacionais que norteiam a saúde da criança e a redução da mortalidade infantil (Brasil, 2005e) estão contidas no Plano Municipal de Saúde da Cidade do Recife (Recife, 2006), sendo as ações de atenção à saúde da criança executadas através dos profissionais da rede de atenção à saúde nos seus diferentes níveis de complexidade (Recife, 2001a).

Apesar dos 21 anos de SUS e dos projetos e programas direcionados à saúde infantil que remontam inclusive a um período anterior à reforma sanitária, a questão do acesso universal e equânime das crianças às ações e serviços ainda é problemático. Permanecem dificuldades quanto ao desenvolvimento de estruturas de âmbito local para implementar concretamente uma rede assistencial regionalizada, hierarquizada e resolutiva, com o conseqüente prejuízo nas atividades promocionais à saúde e de prevenção e tratamento oportuno de agravos, que oportunizam a persistência de óbitos infantis.

Os estudos brasileiros sobre a mortalidade infantil evitável e sobre o acesso à atenção à saúde apresentam grande pluralidade e riqueza utilizando hegemonicamente o método epidemiológico (Caldeira et al., 2002; Guimarães et al., 2003; Almeida e Barros, 2004; Jobim e Aertes, 2008 para os de mortalidade e Pinheiro et al., 2002; Sawyer et al., 2002; Conill, 2002; Oliveira et al., 2004; Goldbaum et al., 2005; Travassos et al., 2006, para os de acesso) ou estudos de avaliação predominantemente quantitativos (Formigli et al., 1996; Hartz et al., 1996; Frias, 2001; Vidal et al., 2003 para os de mortalidade e Samico, 2003; Lopes et al., 2004, para os de acesso). Estas pesquisas têm comprovado a estreita relação existente entre o acesso às ações e serviços de saúde e a mortalidade infantil, que incluem a disponibilidade de atenção

médica, de recursos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos e de sua oportunidade de execução, mas não priorizam a perspectiva dos atores envolvidos sobre as condições de acesso dos usuários. Por outro lado, os trabalhos sobre acesso e mortalidade infantil sob abordagens que privilegiam a perspectiva dos atores sociais envolvidos no evento, são escassos no Brasil, citando-se os pioneiros de Scheper-Hughes, 1985; Nations e Rebhun, 1988, e posteriormente, os de Hadad et al., 2002; Goulart et al., 2005, que investigaram a perspectiva materna do óbito infantil. Nesse contexto, a produção científica sobre o acesso utilizando metodologia qualitativa aborda principalmente a dimensão associada ao acolhimento (Araújo e Leitão, 2005; Ramos e Lima, 2003; Schimith e Lima 2004), existindo poucas publicações que enfatizem a perspectiva dos principais atores envolvidos sobre as barreiras ao acesso e ainda assim estes utilizam abordagens mistas, quali-quantitativas (Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008).

Como os estudos apresentados se mostraram insuficientes em incluir a perspectiva dos protagonistas envolvidos com respeito a influência das barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde na persistência de mortes infantis evitáveis, realizou-se o presente estudo de tese doutoral. Partindo-se de um modelo teórico de acesso clássico e abrangente, o Modelo Teórico de Utilização dos Serviços de Saúde de Aday e Andersen (1974), pretendeu-se compreender como são as condições do acesso potencial e a utilização de fato dos serviços, desde a perspectiva dos atores principais, o que permitirá a análise do acesso realizado, articulado a uma abordagem qualitativa. Ou seja, levando em consideração a perspectiva dos diferentes grupos de atores envolvidos no processo, os quais podem ter diferentes visões de mundo e interesses subjacentes (Guba e Lincoln, 1989; Minayo, 2003), amplia-se o escopo conceitual sobre o tema. Tal abordagem permite investigar em profundidade a interação dialógica estabelecida entre as instituições, os profissionais e os usuários, revelando a visão dos atores sobre as barreiras ao acesso e o porquê da persistência dos óbitos infantis por causas evitáveis por ações e serviços de saúde.

A tese está subdividida em várias seções. A primeira apresenta os antecedentes, onde se distingue três subdivisões, a saber:

a) são descritos os dados recentes sobre a mortalidade infantil no Brasil e em Recife, a área de estudo, capital do estado de Pernambuco no Nordeste brasileiro, discutindo o conceito de mortalidade infantil evitável por ações e serviços de saúde sob a ótica de distintos atores autores e abordagens;

b) segue-se a descrição do SUS brasileiro, a organização da atenção à saúde e o financiamento, incluindo a atenção infantil, destacando a atenção no município de Recife, particularizando a saúde infantil;

c) realiza-se uma revisão de literatura sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde e os distintos enfoques sobre o tema, particularmente o modelo teórico de Aday e Andersen em todas as suas etapas. Nesta seção também se enfatizam o conceito de continuidade da atenção e do acesso mediado pelo acolhimento, assim como se discutem os trabalhos científicos sobre a temática. Continua-se com a proposta teórica e justificativa do estudo, as perguntas da tese e os objetivos.

O passo seguinte mostra a metodologia, que descreve o desenho amostral, a área do estudo, as técnicas qualitativas utilizadas para a coleta dos dados, o plano de análise dos resultados, os mecanismos para a garantia do rigor metodológico assim como as limitações do estudo e os aspectos éticos.

A próxima seção descreve os resultados obtidos com o estudo, que são apresentados por grupo de atores, gestores, profissionais de saúde e mães, que narram seu ponto de vista sobre as diretrizes governamentais que norteiam a saúde da criança, as oportunidades e as dificuldades na sua aplicação, assim como as barreiras que na sua perspectiva influenciam na persistência da mortalidade infantil evitável, de acordo com os marcos teóricos utilizados. Também são descritas as sugestões dos informantes para melhorar o acesso e diminuir a mortalidade infantil por causas evitáveis por ações e serviços de saúde. Esta seção continua-se com a descrição de um estudo de um caso de óbito pós-neonatal evitável ocorrido na área pesquisada, onde se percorrem as trajetórias assistenciais da criança falecida, do nascimento ao óbito.

A tese finaliza-se com a discussão dos fatores e atores que dificultam o acesso às ações e serviços, assim como os que permitiram o desfecho do óbito infantil que poderia ser evitado, as principais conclusões e recomendações para a melhora do acesso das crianças à atenção à saúde, contribuindo para a redução da mortalidade infantil no Brasil, especialmente na Região Nordeste. As últimas seções correspondem às referências bibliográficas e aos apêndices e anexos do estudo.

Antecedentes

1 - Mortalidade infantil

1.1 - Contextualização

O Século XX foi marcado por importantes transformações relacionadas à saúde nos países menos desenvolvidos, fundamentalmente representadas pela redução na mortalidade infantil, que na América Latina foi acompanhada do aumento da expectativa de vida e da redução da mortalidade por doenças infecciosas (Guimarães, 2003). No entanto, na primeira década do Século XXI ainda convivemos com um lamentável contingente superior a 10 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos nos países pobres ou nas áreas pobres dos países em desenvolvimento (Black et al., 2003).

O indicador de saúde que mede a mortalidade infantil, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), que indica a relação entre o número de mortes ocorridas em crianças nascidas vivas antes de completar um ano de vida, é fortemente influenciado por determinantes socioeconômicos, institucionais e ambientais que prevalecem sobre os fatores exclusivamente biológicos (Oliveira e Simões, 1986; Oliveira e Mendes, 1995). Como o CMI reflete o estado de saúde das crianças menores de um ano, seus valores elevados se associam a condições adversas de vida, de saúde e de inserção socioeconômica de uma população sendo, portanto, um indicador eficaz do nível de desenvolvimento de um país ou região (Duarte, 2007). Esse coeficiente apresenta dois componentes: o neonatal (morte infantil do nascimento até menos de 28 dias de vida) e o pós-neonatal (morte infantil dos 28 dias a menos de um ano de vida), que possuem comportamentos e tendências distintos (Oliveira e Simões, 1986; Oliveira e Mendes, 1995).

Os óbitos pós-neonatais, geralmente provocados pelas diarreias e infecções respiratórias, quase sempre associadas às carências nutricionais, costumam ocorrer em localidades com precárias condições de vida, em que as crianças têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento adequado, principalmente à atenção básica (Frias, 2001; Jobim e Aerts, 2008). Já os óbitos neonatais, decorrentes das afecções perinatais e malformações congênitas, ocorrem em ambientes onde as condições de sobrevivência das crianças são um pouco melhores, pois contam com um acesso e qualidade da atenção à saúde mais adequada,

fatores contributivos para a diminuição das mortes por doenças infecciosas e nutricionais. Entretanto, em áreas extremamente pobres onde predominam as adversidades de condições sócio-ambientais, observam-se óbitos neonatais por essas últimas causas (Frias, 2001).

No Brasil de acordo com a tendência mundial, a mortalidade infantil vem apresentando redução gradual desde o início do século passado, principalmente a partir de 1940, quando o CMI que era de 158,3 óbitos por mil nascidos vivos (‰ nv) diminuiu para 29,4‰ nv no ano de 2000 (Simões e Monteiro, 1996; IBGE, 2000). No entanto, a queda da mortalidade infantil no País apresentou determinantes distintos daqueles dos países mais desenvolvidos. Nos países ditos do “primeiro mundo”, o desenvolvimento econômico e tecnológico que se seguiu à Revolução Industrial, associados aos ganhos sociais decorrentes de elevações constantes no salário real, formou as bases para o declínio da mortalidade infantil ainda no Século XIX (Oliveira e Simões, 1986; Oliveira e Mendes, 1995; Moura, 1998). No caso brasileiro, o peso dos fatores sociais e da melhoria das condições de vida na redução da mortalidade infantil foi bem menos expressivo, uma vez que o crescimento econômico não se acompanhou de uma redistribuição da riqueza (Oliveira e Simões, 1986; Oliveira Mendes, 1995; Moura, 1998). Dessa maneira, a tímida diminuição das Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) nas primeiras décadas do Século XX esteve mais associada às políticas de sanitarismo e higiene pública em alguns centros urbanos mais desenvolvidos (Oliveira e Simões, 1986; Oliveira Mendes, 1995).

Apesar das políticas supracitadas incluírem a ampliação dos serviços de saneamento básico, que mesmo insuficientes para atingir grande parte da população, evidentemente oportunizaram uma melhor condição de vida, a oferta de serviços de sistema público de saúde foi, na opinião de distintos autores, o que mais contribuiu para a redução dos óbitos infantis no período. Um destaque neste sentido deve ser dado aos Programas de Saúde Materno-Infantil e de Nutrição em Saúde que a despeito das coberturas insuficientes, promoveram suplementação alimentar de crianças e gestantes e prestação da assistência no pré-natal, parto e puerpério (Oliveira e Simões, 1986; Oliveira e Mendes, 1995). A partir da década de 1980 houve o efeito sinérgico no decréscimo da mortalidade infantil imputado tanto às campanhas de vacinação em massa, às medidas de estímulo ao aleitamento materno, à terapia de reidratação oral nas doenças diarréicas, ao combate às infecções respiratórias, quanto à contribuição indireta da queda acelerada da fecundidade (Oliveira e Simões, 1986; Szwarcwald et al., 1992; Oliveira e Mendes, 1995).

É importante que não se perca de vista que no Brasil a estrutura social caracterizada pelas desigualdades e a ausência de melhorias efetivas nas condições de vida, impuseram limitações importantes nos ganhos gerados pelo incremento das políticas públicas no contexto nacional (Oliveira e Simões, 1986). Assim, os fatores contributivos para a redução da mortalidade infantil não se apresentaram uniformemente distribuídos nas suas diferentes regiões, que exibem históricas e profundas diferenças no risco de morte infantil, refletidas na acentuada desigualdade na distribuição de renda, no acesso aos serviços de saúde, ao saneamento básico, à educação e em outros constituintes do padrão de vida da população (Guimarães, 2003; Moura, 1998; Szwarcwald et al., 1992; Simões, 1998; Frias, 2001; Duarte, 2007; Jobim e Aerts, 2008).

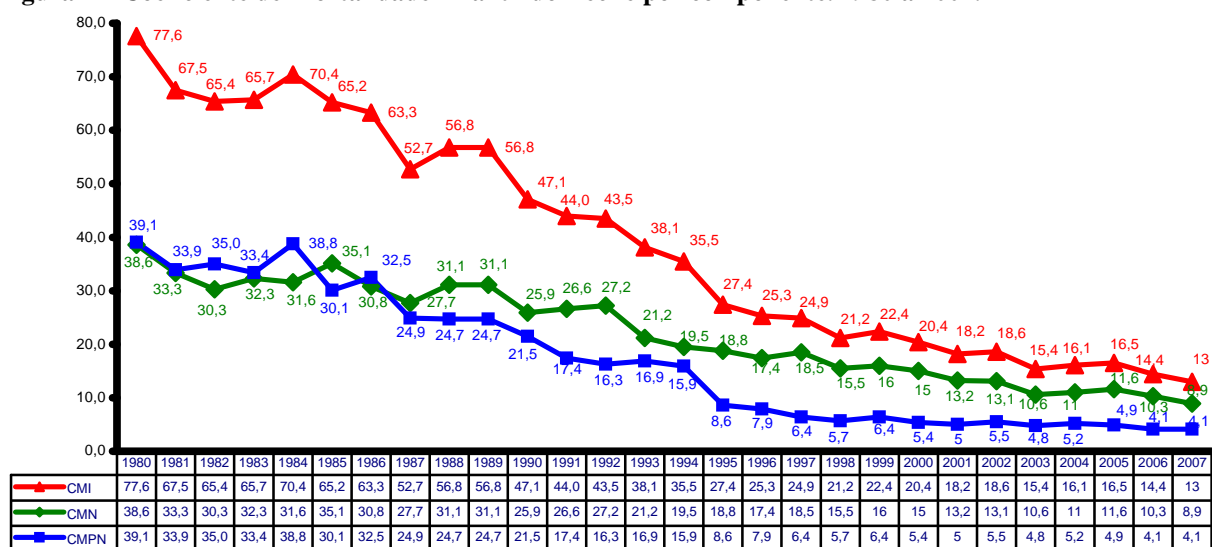
Nesse contexto, as informações referentes ao ano de 2004, revelam para o Brasil um CMI de 22,6‰ nv, sendo de 14,9‰ nv e de 33,9‰ nv para as regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente. Neste mesmo período, os dados para o estado de Pernambuco mostram, em conjunto com a Paraíba, a segunda pior posição nacional do indicador (CMI de 37,6‰ nv), só perdendo para Alagoas (CMI de 47,1‰ nv). Com relação à mortalidade infantil proporcional por grupos de causas, os dados mostram que em 2004 as Doenças Infecciosas e Parasitárias respondiam por 7,5% das causas, com a manutenção das diferenças regionais no seu perfil, pois enquanto para a região Sudeste a proporção foi de 5,3% das mortes, para a Nordeste foi de 10,4%, sendo de 13,8% para o estado Pernambuco (Brasil, 2007a).

1.2 - Mortalidade infantil no Recife

Assim como no Brasil, o município de Recife apresenta uma tendência declinante da mortalidade infantil desde o período de 1980 a 2007, cujo coeficiente reduziu mais de 80%. O declínio acentuou-se a partir da década de 1990, que finalizou com o CMI de 22,4‰ nv e a partir da presente década, o risco de morte em menores de um ano apresentou-se sempre inferior a 20‰ nv. Acrescente-se que, em consonância com a Declaração do Milênio 2000 (ONU, 2000), cuja meta é a redução em 2015 de dois terços da mortalidade infantil encontrada no ano de 1990 (CMI era de 47,1 ‰ nv), a Cidade alcançou tal meta em 2006, com o CMI de 14,4‰ nv. Os dados atuais mostram um CMI de 13,0‰ nv em Recife no ano de 2007, magnitude de mortalidade infantil similar às cidades do Sudeste brasileiro do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, as mais desenvolvidas do País (Recife, 2008a).

Quanto aos componentes da mortalidade infantil, o predomínio dos óbitos neonatais consolidou-se no Recife a partir de 1987 (CMI neonatal de 27,7‰ nv) quando o coeficiente ultrapassou o dos óbitos pós-neonatais (CMI pós-neonatal de 24,9‰ nv). Esse comportamento reflete a queda mais acentuada dos óbitos secundários às diarreias e doenças imunopreveníveis (Tuberculose, Sarampo, Difteria, Tétano Neonatal, Coqueluche, Rubéola Congênita e Poliomielite), que ocorrem preferencialmente nesse período. A velocidade do declínio do componente pós-neonatal acentuou-se em 1995, e permaneceu com pequenas variações até a presente década, quando o componente neonatal apresentou maior percentual de declínio (Recife, 2007a), como mostra a figura 1.

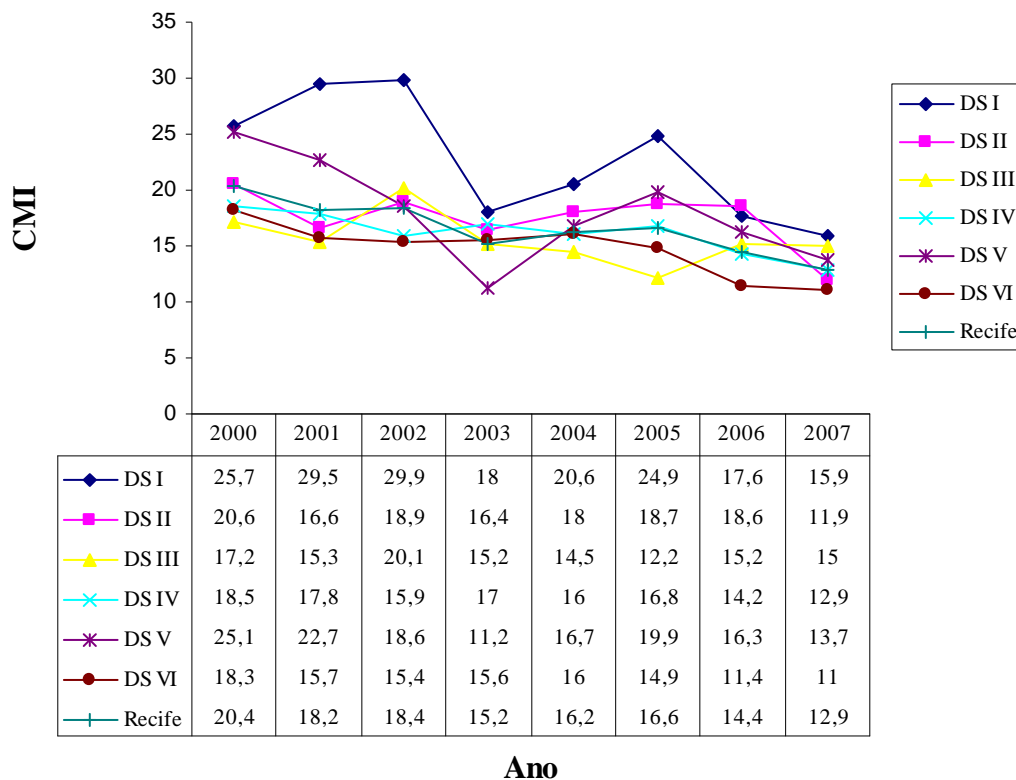
Figura 1 – Coeficiente de Mortalidade Infantil do Recife por componente. 1980 a 2007.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2008.

É pertinente que seja explicitado que as diferenças na evolução da mortalidade infantil do Recife também se estendem ao seu território, que apresenta as desigualdades advindas do processo histórico socioeconômico marcado por diferenças sociais profundas. Por conseguinte, o coeficiente de mortalidade infantil evolui de maneira distinta a depender das condições de vida de seus habitantes, como mostra a figura 2, que exhibe a evolução deste coeficiente no Recife segundo os distritos sanitários, mostrando que o DS I é detentor dos maiores CMI na presente década.

Figura 2 – Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil do Recife por distrito sanitário (por 1000 nv) 2000 a 2007.



Fonte: Secretaria de Saúde de Recife, 2008.

1.3 - Mortalidade infantil evitável

O conceito de óbitos evitáveis, ou *eventos sentinelas*, remonta à década de 1970, com os estudos de Rutstein et al. (1976) sobre o tema, que os definem como *mortes que poderiam ter sido evitadas, parcial ou totalmente, pela presença de serviços de saúde efetivos*. Esses autores propuseram uma lista de 90 causas de óbitos desnecessários, evitáveis por intervenção médica naquele período. No entanto, é necessário que as mortes evitáveis sejam analisadas do ponto de vista da ação de serviços de saúde acessíveis a depender de um dado contexto e momento histórico, e, por conseguinte, diversos estudos posteriores aplicaram o conceito de Rutstein adequando-o a novas tecnologias e realidades (Malta e Duarte, 2007).

Concernente aos óbitos infantis, que em grande parte são considerados como eventos evitáveis por ações de atenção à saúde ou da parceria do Setor Saúde com outros Setores, o comportamento das mortes sofre modificações de acordo com o nível de desenvolvimento da área geográfica de sua ocorrência, estando relacionado a condições precárias de saúde, de vida e de desenvolvimento socioeconômico (Hartz et al., 1996; Frias, 2001; Duarte, 2007; Jobim e Aerts, 2008). Desta forma, nos países desenvolvidos, a mudança nos níveis de saúde e nos perfis de morbi-mortalidade que caracterizou a transição epidemiológica, refletiu-se na queda acentuada da mortalidade infantil com o predomínio dos óbitos considerados *não evitáveis*, basicamente devidos a complexas *malformações congênitas* (Laurenti, 1990; Ortiz, 2001). Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, em decorrência do não investimento em políticas públicas direcionadas à redução das desigualdades, a transição epidemiológica não foi concluída. Em consequência disso, ainda se convivem com as *mortes infantis evitáveis*, com o predomínio das *afecções perinatais*, das *infecções respiratórias*, da *doença diarreica* e das *doenças imunopreveníveis (mais raramente)*, que ocorrerem em localidades com condições socioeconômicas e ambientais bastante adversas, incluindo a iniquidade de acesso aos serviços de saúde, principalmente no Nordeste brasileiro (Frias, 2001; Duarte, 2007; Jobim e Aerts, 2008).

O estudo da mortalidade infantil sob o enfoque da evitabilidade é muito vantajoso pelo seu grande poder de comparabilidade, conferido pela padronização dos eventos pela Classificação Internacional das Doenças (CID), o que facilita estudos comparativos com outros países. Além disso, a obrigatoriedade da notificação dos óbitos em todo o território nacional ao Sistema de Informação Sobre Mortalidade, um dos mais antigos e confiáveis Sistemas de Informação em

Saúde do Brasil, resulta nas altas taxas de cobertura do sistema, proporcionando grande validade aos estudos sobre mortalidade no País (Malta e Duarte, 2007; Mello Jorge et al., 2007; Brasil, 2005a).

O critério de classificação de mortalidade evitável de Rutstein et al., 1976, Reino Unido, propõe duas situações: *morte claramente evitável*, em que não existe motivo para a ocorrência do evento, em geral usada como indicador da qualidade da assistência, como as mortes maternas e as mortes infantis e *morte de evitabilidade limitada*, quando a prevenção e/ou tratamento podem não obter o êxito desejado. No entanto, como no contexto dos países desenvolvidos a mortalidade infantil apresentou uma importante redução, para monitorar a qualidade assistencial os autores internacionais modificaram as tabelas utilizando apenas a mortalidade perinatal (Malta e Duarte, 2007; Gisper et al., 2006).

Já o critério de evitabilidade de mortes de Tobias e Jackson (2001), Nova Zelândia, classifica estes eventos segundo o nível de intervenção sanitária em morte evitável por prevenção primária (neste incluindo o estilo de vida das pessoas), secundária e terciária.

No Brasil a classificação de evitabilidade do óbito em menores de um ano de idade preconizada por Ortiz (2001), é uma das mais utilizadas (Anexo 1). O critério proposto pelo autor classifica as causas do óbito de acordo com a possibilidade de sua prevenção, na existência de tecnologias apropriadas para reduzir e/ou eliminar a doença, estejam elas ou não disponíveis para a maioria da população através do SUS. Esse critério apresenta a mortalidade infantil nos dois componentes – neonatal e pós-neonatal e os classifica em *óbitos reduzíveis ou evitáveis, não evitáveis e mal definidos*.

Em virtude da necessidade da revisão das listas de causas de mortes evitáveis no contexto do SUS, que contemplassem o desempenho segundo o nível de complexidade da atenção à saúde (básica, média e alta) e o nível de prevenção (primária, secundária ou terciária), o MS propôs uma lista de causas de mortes total ou parcialmente preveníveis por ações do Setor Saúde do Brasil (Malta et al., 2007). Essa nova proposta de classificação, ainda passível de debates e validação, utiliza os critérios de Ortiz/Fundação Seade (1999) e Tobias e Jackson (2001). Entretanto, diferentemente destes autores, considera como causas de morte aquelas cuja evitabilidade é dependente de tecnologia disponível no Brasil, acessível para a maioria da população, ou de tecnologia ofertada pelo SUS, independentemente de sua disponibilidade ou

acessibilidade pelos outros prestadores de serviços privados (Brasil, 2005b). Os dados referentes ao coeficiente de mortalidade infantil do Recife segundo critérios de evitabilidade por distritos sanitários para o ano de 2007 estão exibidos na tabela 1.

Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade infantil por distritos sanitários segundo critério de evitabilidade. Recife, 2007.

Critério de evitabilidade	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Ign	Total	
	Nº	CMI	Nº	CMI	Nº	CMI	Nº	CMI	Nº	CMI	Nº	CMI		Nº	CMI
Redutíveis por adequado controle na gravidez	6	5,3	16	4,9	28	6,5	17	4,7	20	5,5	21	3,8	0	108	4,9
Redutíveis por adequada atenção ao parto	1	0,9	4	1,2	11	2,5	6	1,6	7	1,9	5	0,9	0	34	1,6
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce	3	2,7	3	0,9	8	1,8	15	4,1	6	1,6	5	0,9	3	43	2,0
Redutíveis por intermédio de parcerias com outros setores	5	4,4	11	3,4	13	3,0	3	0,8	10	2,7	18	3,3	0	60	2,7
Não evitáveis	3	2,7	5	1,5	4	0,9	5	1,4	7	1,9	12	2,2	0	36	1,6
Mal definidas	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	2	0,1
Total	18	15,9	39	11,9	65	15,0	47	12,9	50	13,7	61	11,0	3	283	12,9

Fonte: Secretaria de Saúde de Recife, 2008a.

Observa-se que dentre os 283 óbitos ocorridos, os maiores CMI estão classificados entre os redutíveis por *adequado controle na gravidez*, que corresponderam a 38,2% de todas as mortes, seguidos dos óbitos redutíveis por *intermédio de parcerias com outros setores*, referentes a 21,2% do total e dos redutíveis por *ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces*, correspondentes a 15,2% das mortes. Já os óbitos redutíveis por *adequada atenção ao parto* representaram 12%, percentual um pouco inferior aos classificados como *não evitáveis*, que equivaleram a 12,7% das mortes. Portanto, os óbitos redutíveis por medidas do Setor Saúde corresponderam a 65,4% das mortes em menores de um ano na cidade do Recife em 2007.

Ainda que a morte infantil por causas evitáveis no Brasil e no Recife tenha apresentado um importante declínio nas últimas décadas, mantendo a tendência decrescente na década atual, sua

persistência é considerada um indicador de baixa efetividade de programas e serviços de atenção à saúde, como é demonstrado em numerosos estudos acerca do tema (Rutstein et al., 1976; Ayçaguer e Macho, 1990; Hartz et al., 1996; Tobias e Jackson, 2001; Ortiz, 2001; Frias, 2001; Hanney e Kuruvilla, 2002; Duarte, 2007).

1.3.1 – A investigação da mortalidade infantil evitável

Os estudos brasileiros sobre a mortalidade infantil apresentam grande pluralidade e riqueza quando se considera o método epidemiológico ou estudos de avaliação utilizando abordagens predominantemente quantitativas (Formigli et al., 1996; Hartz et al., 1996; Frias, 2001; Caldeira et al., 2001; Caldeira et al., 2002; Vidal et al., 2003; Guimarães et al., 2003; Ameida e Barros, 2004; Jobim e Aertes, 2008), entre outros. Por outro lado, os estudos sobre o tema que utilizam abordagens que privilegiam a perspectiva dos principais atores sociais comprometidos no evento são escassos no Brasil, citando-se os pioneiros trabalhos de Scheper-Hughes, 1985; Nations e Rebhun, 1988, e posteriormente os de Oliveira e Minayo, 2001; Hadad et al., 2002; Goulart et al., 2005, que investigaram preponderantemente a perspectiva materna do óbito infantil.

A seguir serão exibidos os resultados de alguns desses estudos realizados em distintas regiões brasileiras, sendo importante que se considere que a literatura pesquisada focalizou os textos publicados sobre mortalidade infantil evitável, porém foram excluídos os óbitos perinatais.

Estudos utilizando metodologia quantitativa

As pesquisas selecionadas relacionam a disponibilidade de atenção médica, de recursos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos e de sua oportunidade de execução e as desigualdades de condições de vida, para comprovar a estreita relação existente entre o acesso às ações e serviços de saúde e a mortalidade infantil evitável:

Formigli et al. (1996), investigaram todos os óbitos de crianças menores de um ano residentes em um distrito sanitário de Salvador, Região Nordeste, através de estudo descritivo de corte transversal de avaliação dos serviços, por meio de consultas aos respectivos prontuários hospitalares e visitas domiciliares, visando aferir a efetividade dos serviços de saúde por meio da verificação de óbitos potencialmente evitáveis e o grau de adequação dos cuidados médicos prestados às crianças. Observou-se que mais da metade das mortes ocorreram por causas vulneráveis à ação oportuna dos serviços de saúde, como gastroenterites,

broncopneumonias, meningites, septicemias e anóxia neonatal, além da prevalência de atendimentos pouco adequados e inadequados, principalmente nos itens exame físico e tratamento nos prontuários analisados. Os resultados apontaram problemas de acesso, de efetividade e de adequação do processo de assistência à saúde;

Hartz et al. (1996), estudaram a magnitude e a causas básicas de óbitos infantis, considerando-a um “evento sentinela” da qualidade da assistência à saúde, em duas cidades do interior do Nordeste, no estado do Rio Grande do Norte. Realizou-se um estudo de base populacional do tipo “experimentação invocada” (Contandriopoulos e col, 1989), que compara a mortalidade infantil observada com a esperada, caso houvesse um programa de atenção à saúde materno-infantil operando a contento, permitindo calcular um “índice de mortes evitáveis”. Os achados sugeriram uma distribuição desigual dos óbitos entre a população de baixa renda quando comparada a outras categorias de renda com razões de risco de 8 e 17,6 para a mortalidade infantil total e para a mortalidade infantil por doenças infecciosas (diarréias, sepses e infecções respiratórias), respectivamente. O índice de mortes evitáveis mostrou-se válido enquanto um índice de evitabilidade dos óbitos infantis, com a vantagem de poder ser utilizado de forma simples e fácil por gerentes de sistemas de saúde preocupados com a qualidade dos programas voltados para mães e filhos;

Guimarães et al. (2003), realizaram estudo epidemiológico ecológico em Recife, para analisar as desigualdades no risco de morte infantil e sua relação com a condição de vida da população. Foi encontrada uma relação inversa entre os diferentes estratos de condição de vida e a magnitude da mortalidade infantil, com gradientes crescentes dos coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal à medida que piorou a condição de vida nos estratos, assim como para os coeficientes de mortalidade infantil por afecções perinatais, broncopneumonias e doenças infecciosas intestinais. Os resultados mostraram que o espaço urbano apresenta-se marcado pela heterogeneidade onde os grupos populacionais estão sujeitos a diferentes riscos de adoecer e morrer, a depender dos diferentes padrões de condição de vida como educação, saneamento, renda, habitação e acesso a bens e serviços;

Vidal et al. (2003), também em Recife, avaliaram a mortalidade infantil hospitalar segundo critérios de evitabilidade de causa básica, por meio de estudo descritivo de corte transversal utilizando-se como fonte de dados o Sistema de Informação sobre Mortalidade, cujas causas básicas de óbito foram corrigidas a partir do prontuário médico e classificadas segundo os

critérios de evitabilidade de óbitos (Fundação Seade). Os resultados evidenciaram que a maioria dos óbitos classificou-se entre causas reduzíveis por medidas de atenção à saúde (afecções perinatais, diarreias e pneumonias), concluindo que os altos percentuais dessas mortes decorriam de problemas de acesso aos serviços de saúde, cobertura e/ou qualidade da assistência prestada;

Caldeira et al. (2001), realizaram estudo epidemiológico do tipo caso-controle de base populacional, para identificar os fatores de risco para a mortalidade infantil pós-neonatal por diarreia e pneumonia relacionados à qualidade da assistência médica na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Sudeste brasileiro. As informações sobre casos e controles foram coletadas através de prontuários médicos e entrevistas domiciliares. Os autores mostraram que o atraso vacinal, o estado geral grave à admissão hospitalar, a não realização de alguns procedimentos hospitalares e a desnutrição estiveram independentemente associados ao maior risco de óbito pós-neonatal por diarreia e pneumonia. O estudo concluiu que a falta de integralidade entre as atividades ambulatoriais e hospitalares indicaram a baixa qualidade da assistência sendo um importante fator de risco para a mortalidade infantil pós-neonatal por causas evitáveis;

Esses mesmos autores publicaram resultados do estudo anterior focalizando os óbitos pós-neonatais ocorridos em domicílio (Caldeira et al., 2002), evidenciando que apenas o número de serviços procurados durante a doença que levou ao óbito esteve associado à morte domiciliar, além da conduta clínica inadequada, concluindo a mesma associação dos óbitos infantis com a baixa efetividade dos serviços de saúde;

Em estudo epidemiológico do tipo caso-controle de base populacional, realizado em Porto Alegre, Região Sul, por Jobim e Aertes (2008), para investigar a associação entre as categorias óbitos evitáveis e não-evitáveis e as variáveis sócio-demográficas, reprodutivas maternas e relacionadas às condições de nascimento da criança, foi mostrado que quase 80% das mortes infantis foram classificadas como evitáveis, existindo associação entre mortalidade infantil evitável e escolaridade materna, ter filhos nascidos mortos e tipo de parto cesário. Os autores concluíram que os resultados encontrados podem contribuir na identificação de crianças em situação de maior vulnerabilidade para o risco de óbito;

E, Almeida e Barros (2004), no interior de São Paulo, desenvolveram um estudo epidemiológico do tipo caso-controle de base populacional, para identificar o efeito dos fatores associados à mortalidade neonatal, analisando variáveis socioeconômicas, de morbidade materna e aquelas relacionadas à atenção à saúde. As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares às mães ou responsáveis. Os resultados demonstraram que recém-nascidos de gestantes de condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam maior risco de morte e que a qualidade da atenção revelou-se associada ao óbito neonatal. Os achados apontaram a importância desempenhada pela qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde durante o pré-natal e o parto na prevenção dos óbitos infantis, em especial para as gestantes em piores condições socioeconômicas.

Diante dos resultados dos distintos estudos apresentados nos parágrafos anteriores, destacou-se que a investigação da evitabilidade dos óbitos infantis utilizando métodos epidemiológicos e/ou avaliativos, de uma maneira geral não aborda em profundidade como os fatores institucionais e familiares implicados no processo dinâmico da procura e oferta por ações e serviços determinam barreiras no alcance dos mesmos na perspectiva dos protagonistas do evento.

Estudos utilizando metodologia qualitativa

Dentre os poucos estudos brasileiros sobre mortalidade infantil que utilizam como ferramenta de apreensão dos fenômenos a metodologia qualitativa, é ainda mais escassa a pesquisa que investiga a evitabilidade do óbito, destacando-se os trabalhos comentados a seguir:

Nos anos oitenta, Scheper-Hughes (1985), antropóloga norte americana, realizou um estudo etnológico sobre mortalidade infantil em cidades da Zona da Mata pernambucana, na Região Nordeste. A autora interpretou ser a negligência materna seletiva um dos possíveis fatores contributivos para o óbito infantil que poderia ter sido evitado;

Os resultados do estudo Scheper-Hughes motivaram uma pesquisa sobre o mesmo tema realizada por Nations e Rebhun (1988), na mesma Região, porém no interior do Ceará, em que as autoras investigaram a visão da mãe-cuidadora sobre o filho que faleceu se contrapondo às interpretações do estudo anterior. Nesse estudo concluiu-se que as mães fracassaram na obtenção de cuidados para o filho gravemente doente, que resultaria na evitabilidade do óbito, devido a barreiras burocráticas, geográficas, ideológicas (crenças e

valores culturais) e econômicas ao acesso, assim como à desigualdade social oriunda do sistema sócio-político-econômico, do que por atitudes de negligência.

Na presente década destacam-se os trabalhos de Oliveira e Minayo (2001); Hadad et al. (2002) e Goulart et al. (2005), a saber:

Oliveira e Minayo (2001), partiram de preceitos filosóficos da *auto-organização da vida* para a compreensão do porquê crianças menores de um ano provenientes de famílias de mesma classe social, renda familiar e escolaridade materna, atributos associados a riscos aumentados de doença e óbitos infantis, morrem e outras não. As autoras explicam que a sobrevivência (ou não) das crianças pequenas está condicionada à atitude do cuidador, sendo a função materna de proteção e cuidado adequadamente exercida caso ela esteja “pessoalmente bem”, cabendo à família, estendida à rede de apoio social, a proteção da mulher durante esta fase. E concluem que ambientes familiares de extrema vulnerabilidade, alcoolismo, violência doméstica associados à ausência de rede social de apoio privam a criança da proteção, levando-a ao adoecimento e a não receber cuidados para sua recuperação, que poderá levar ao êxito letal;

Hadad et al. (2002), por meio de um estudo quali-quantitativo, realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, no Sudeste, estudaram os óbitos infantis evitáveis na perspectiva das mães, analisando o discurso das que perderam seus filhos por causas consideradas evitáveis (diarréia, pneumonia e desnutrição), buscando investigar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde. Foi observado que a identificação da doença pela mãe está relacionada à percepção de alterações específicas no estado de saúde da criança e à sua relação com a procura de tratamento. Também foi realizada a avaliação das mães sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde, encontrando-se que 46% delas relacionaram a causa da morte da criança com falhas no serviço de saúde. As autoras concluíram que o desconhecimento e/ou desvalorização da percepção materna da doença, com ausência de comunicação dos profissionais de saúde com a família da criança doente tiveram influências sobre o óbito;

E, Goulart et al. (2005), também estudaram os óbitos infantis evitáveis na perspectiva materna na periferia de baixa renda de Belo Horizonte, buscando apreender as suas percepções, significados, explicações, juízos, relevâncias e trajetórias vivenciadas. As entrevistas foram analisadas tomando-se como principais categorias a percepção do processo saúde-doença-morte, a relação médico-paciente e a qualidade da assistência. A iniquidade de direitos, como

categoria mais abrangente, permeou os diversos depoimentos, refletida na descontinuidade entre o pré-natal e o parto, na peregrinação das gestantes, na falta de comunicação com os profissionais, na dissociação entre as condições hospitalares oferecidas e as necessidades percebidas, revelando um processo de exclusão das mães e de suas crianças enquanto usuárias do SUS.

Em resumo, os trabalhos realizados sobre mortalidade infantil sob a abordagem qualitativa são insuficientes em relacionar com profundidade as barreiras ao acesso que podem contribuir para a persistência dos óbitos infantis evitáveis na perspectiva dos protagonistas envolvidos.

2 – O Sistema de Saúde do Brasil

Nas últimas décadas, vários países em todo o mundo introduziram reformas em seus sistemas de saúde com a intenção de diminuir os custos, diante da necessidade de ampliar a cobertura das ações e melhorar a qualidade da oferta de serviços, no sentido de reduzir as desigualdades em saúde da população (Viacava et al., 2004; Wallace e Enriquez-Haass, 2001).

No caso brasileiro, a reforma sanitária foi motivada tanto pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Seguridade Social, quanto pela grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores da sociedade organizada, que constituíam o que então se chamava "Movimento da Reforma Sanitária", dentro de contexto da democratização do País (Escorel, 1999; Souza, 2001; Souza, 2002). O produto deste Movimento foi a implantação do sistema de saúde nacional público e único, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, com participação da iniciativa privada em caráter complementar (Brasil, 1988).

2.1 – Regulamentação e organização do SUS

O advento do SUS significou uma importante mudança na política de saúde do País, uma vez que anteriormente a assistência se dava de três formas: uma parcela da população de classe média alta, que podia pagar diretamente por sua saúde; outra parcela, dos trabalhadores formais, que tinha direito à saúde da Previdência Social e a terceira, formada pela maioria, chamada de “indigentes”, que não tinha direito a nada, que utilizavam serviços filantrópicos.

Com a implantação do SUS a saúde passa a ser um direito de cidadania de todos e um dever do Estado: *a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício* (Brasil 1990a). O SUS foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90 (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Brasil, 1990c) que dispõem sobre as condições de atenção à saúde, organização, financiamento e funcionamento dos serviços correspondentes e a participação da comunidade na gestão do Sistema, e regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), com quatro edições durante a década de 90 (Brasil, 1993;

Brasil, 1996; Brasil, 2001a) e posteriormente pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (Brasil, 2001a; Brasil, 2002a). O SUS adota as mesmas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e obedece a mesma doutrina e princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas de governo federal, estadual e municipal (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Brasil, 1990c), a saber:

Princípios doutrinários do SUS

Universalidade - garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público;

Equidade - garantia de atenção de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, e conforme as necessidades, sem privilégios e sem barreiras;

Integralidade - reconhecimento na prática dos serviços, que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Princípios que norteiam a organização do SUS

Regionalização e hierarquização – organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida;

Resolubilidade - exigência da resolução do problema de saúde pelo serviço procurado, até nível de sua competência;

Descentralização - redistribuição político-administrativa das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, com ênfase na municipalização da saúde;

Participação dos cidadãos - garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis. Assim como é dever das instituições oferecer as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde;

Complementaridade do setor privado – contratação de serviços privados por insuficiência do setor público, devendo a instituição privada estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS.

Entes gestores

As entidades gestoras, que são autoridades sanitárias co-responsáveis pelo funcionamento adequado do SUS dentro das diretrizes e princípios nas três esferas do Governo, são as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde, sob a responsabilidade dos respectivos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde. Além das instâncias de controle social e gestão do SUS: Conselhos de Saúde (órgãos deliberativos do SUS) e Conselhos Gestores de Serviços e das instâncias colegiadas de pactuação: Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Mesas Permanentes de Negociação do SUS.

Estruturação do SUS

A assistência à saúde no Brasil está estruturada através de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada na perspectiva de garantir o acesso universal, resolubilidade e integralidade das ações de saúde em todos os níveis de atenção, a toda a população (Brasil, 2002b). A oferta da atenção é realizada através de um *mix* formado pelo Sistema Público (SUS) e pelo Sistema de Assistência Suplementar (privado). O SUS, que é universal, envolve simultaneamente prestadores públicos e privados, que correspondem ao Sistema de Saúde Complementar, com preferência para as entidades filantrópicas. A participação dá-se mediante convênio (serviços filantrópicos) ou contrato de prestação de serviços de saúde (entidades lucrativas) firmado com o gestor do SUS (estadual ou municipal). Integradas ao SUS, as entidades privadas submeter-se-ão a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão (Brasil, 2000a; Brasil, 2007b.).

O Sistema de Assistência Suplementar é restrito aos detentores de sistema de seguros e planos de saúde de caráter liberal, contratualmente adquirido, ou sistema de desembolso direto. É preponderantemente utilizado pelos usuários de maior poder aquisitivo, com capacidade de escolha e de compra de serviço e sua regulação pela ANS é focada nos consumidores (Brasil, 2000b; Brasil, 2007b). Entretanto, o Setor Privado é forte e atuante no Brasil, tanto na prestação de serviços (com uma grande rede hospitalar), como no seguro privado

(seguradoras e operadoras de planos de saúde), sendo detentor de cerca de 45,9 milhões de clientes no ano de 2007 (Santos et al., 2008).

O processo de regionalização e descentralização do modelo assistencial transferiu aos municípios a gestão da oferta das ações e serviços de saúde de sua população, através das suas instituições próprias ou contratadas de acordo com as condições de gestão do SUS (NOB-SUS 93) (Brasil, 1993). Os municípios de condição de Gestão Plena da Atenção Básica se responsabilizam pelos serviços de Atenção Básica (clínica geral, pediatria e ginecologia-obstetrícia) e os de Gestão Plena do Sistema Municipal, têm a responsabilidade com todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de Atenção de Média e Alta Complexidade (NOB-SUS 96) (Brasil, 1996).

A publicação das NOAS (Brasil, 2001a; Brasil, 2002a) fortaleceu o processo de hierarquização, ao propor a estruturação de redes assistenciais resolutivas de serviços sob gestão municipal, que passa a organizar as portas de entrada ao sistema, estabelecer os fluxos de referência e contra-referência e a integração da rede de serviços, além da regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados (Souza, 2002; Brasil, 2003a; Marques e Malta, 2002).

Mais recentemente, a aprovação do Pacto pela Saúde (Brasil, 2005c; Brasil, 2006a), visando consolidar os avanços do processo de Reforma Sanitária Brasileira, estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, o que reforçou a descentralização de atribuições do MS para os estados e municípios. O Pacto pela Saúde ratifica a responsabilidade municipal pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo-a de forma solidária com o Estado e a União, extinguindo o anterior processo de habilitação estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS/2002 (Brasil, 1996; Brasil, 2002a; Brasil, 2006a). Assim, para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessária a pactuação entre todos os gestores envolvidos do conjunto de responsabilidades não compartilhadas, que se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, de competência municipal e das ações complementares. Da mesma forma, as ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso, cabendo aos estados

e à União o apoio aos municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades (Brasil, 2006a).

No entanto, apesar dos princípios doutrinários da universalidade e equidade constitutivos do SUS, a característica da organização das redes de serviços de saúde guarda a herança do modelo assistencial anterior, que se dava por intermédio da Previdência Social, quando a assistência era financiada majoritariamente pelas contribuições dos trabalhadores e empresas. Dessa forma, a lógica da distribuição dos estabelecimentos de saúde e de tecnologias médicas tanto públicas quanto privadas, que era concentrada nas regiões mais desenvolvidas do eixo Sul-Sudeste e nas localidades mais favorecidas das demais regiões (Frias et al., 2008), permanece até o presente, contribuindo com a persistência das desigualdades intra-regionais na oferta das ações e serviços no Brasil.

2.2 – Financiamento do SUS

Com a implantação do SUS houve a inserção do Setor Saúde no Sistema de Seguridade Social assim como do seu financiamento, através de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e a estes recursos federais são acrescidos os dos Tesouros Estaduais e Municipais. Estes recursos são provenientes das receitas de impostos e contribuições sociais recolhidos pela União, que participa com 58% do total, dos Estados, com 20% e dos Municípios, com 22% de participação, além da receita dos acordos com agências internacionais, em particular o Banco Mundial (Ugá e Santos, 2005).

Os recursos federais são transferidos a estados, Distrito Federal e municípios de forma automática Fundo a Fundo, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica e V - Gestão do SUS (Brasil, 1996; Brasil, 2006a); os recursos de custeio provenientes de acordos de empréstimos internacionais são transferidos conforme seus atos normativos (Brasil, 2006a). Tais recursos configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor estimado para cada estado e município é definido com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) (Brasil, 1996).

O Piso da Atenção Básica (PAB) tem duas formas de repasse de recursos: uma parte fixa (PAB fixo), e uma parte variável (PAB variável). O PAB fixo tem como base um valor *per capita* das ações estratégicas mínimas da atenção básica, que para a Saúde da Criança, são: Vigilância nutricional (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção do aleitamento materno, realização/referência de exames laboratoriais); Imunização; Assistência às doenças prevalentes na infância (infecções respiratórias e diarreias em menores de cinco anos e outras doenças prevalentes); Atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças; Garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializadas; Realização/referência a exames especializados (Brasil, 2001a). O PAB variável remunera direta e automaticamente estados e municípios e só recebe repasse a depender da implantação de determinados programas como o PSF, PACS, Programas de Combate às Carências Nutricionais e ações de Vigilância à Saúde (que incluem o acompanhamento das crianças menores de um ano sob risco de óbito) e a Assistência Farmacêutica básica (Brasil, 1996; Brasil, 2002b).

Os procedimentos considerados de média e de alta complexidade são financiados pelo Ministério da Saúde com recursos do Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios. Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores (Brasil, 2006a). Os componentes MAC e FAEC consomem em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde e quanto à relação percentual, dos 17,4 bilhões/ano alocados em 2007 para o Setor, 25,3% foram para a AB, enquanto 74,7% foram para a Média e Alta Complexidade (Brasil, 2008a; Brasil, 2008b).

É importante que se ressalte que a condição para que os municípios habilitados recebam a transferência dos recursos é a existência do Fundo de Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde com a aprovação do respectivo Conselho Municipal de Saúde (Brasil, 2001b; Brasil, 2002b). Salienta-se que os recursos federais transferidos para a Atenção Básica aumentaram significativamente no período de 1998 a 2001, passando de 15,7% para 25,1%, contudo, a ampliação da participação deste nível de atenção no total de recursos repassados pelo Governo Federal foi de apenas 0,46% em 2001, em função do incentivo que a NOAS/01 promoveu para a média e a alta complexidade (Marques e Mendes, 2003).

Merece destaque acrescentar que um dos principais problemas enfrentados pelo SUS desde a sua criação refere-se à natureza instável e insuficiente do seu processo de financiamento, em decorrência de desvios em relação aos preceitos constitucionais que prevê a alocação mínima de 30% do OSS para a saúde, assim como por problemas específicos do Setor Saúde frente ao ajuste fiscal. Porém os principais obstáculos se encontram externos ao OSS, visto que não entra neste orçamento a totalidade dos recursos que lhe pertencem e existem irregularidades no seu ingresso ou desvios para gastos que não correspondem às atividades específicas da Seguridade Social (Brasil, 2002c; Ugá e Santos, 2005). A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) em 2000, representou um importante avanço para o fortalecimento do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para serem *obrigatoriamente* gastos em ações e serviços públicos de saúde resgatando o protagonismo dos estados no financiamento setorial. Desta maneira, com a regulamentação da EC 29, que tramita há nove anos na Câmara dos Deputados, a União vinculará o aumento anual dos recursos para a Saúde à variação do Produto Interno Bruto, enquanto os estados e

municípios devem destinar o percentual mínimo de 12% e 15% da sua receita, respectivamente (Brasil, 2002c; Brasil, 2002d; Brasil, 2009).

Composição do gasto nacional em saúde

Em que pese ser o SUS definido constitucionalmente nos princípios da universalidade e da integralidade do acesso à atenção à saúde, a estrutura do gasto nacional em saúde está fortemente marcada pela herança do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS (Ugá e Santos, 2005; Frias et al., 2008). Tal sistema era orientado para a expansão do setor privado, o que ocasionou uma lógica distinta de outros sistemas nacionais de saúde de *Estados de Bem Estar* como os do Reino Unido, Dinamarca e Suécia (Ugá e Santos, 2005). Enquanto nestes países o gasto em saúde é respectivamente 97%, 84% e 78% público, financiado preponderantemente por impostos gerais, no Brasil a participação do setor público no gasto nacional em saúde é ainda baixa, semelhante à norte-americana que tem um sistema típico do modelo liberal de saúde (Ugá e Santos, 2005; Frias et al., 2008). A composição do gasto do Setor Saúde no Brasil mostra que o Setor Público, que representa o gasto efetuado pelo Governo no provimento da oferta pública de serviços (prestadores públicos ou privados contratados e/ou conveniados ao SUS), participa com apenas 43,8% e o Setor Privado ainda participa em 56,2%. Saliente-se que o gasto efetuado pelas famílias pelo desembolso direto (principalmente em medicamentos) é de 34,5%, ainda muito elevado e, além disto, ainda existe o gasto efetuado por empresas, que oferecem coberturas de assistência médico-hospitalar suplementar aos seus empregados e dependentes (Ugá e Santos, 2005).

Portanto, a insuficiência de recursos para o Setor Saúde que correspondam à universalidade do SUS prejudica seu desenvolvimento pleno, sendo este um dos muitos desafios na concretização da assistência universal, integral e de qualidade, própria de um razoável sistema de saúde. O insatisfatório orçamento público destinado ao SUS compromete os gastos que os gestores têm de realizar, principalmente as secretarias municipais de saúde, que dependem dos repasses federais (Brasil, 2003a; Brasil, 2003b; Brasil, 2003c). Assim, em que pese ser o SUS um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, oferecendo cobertura potencial a 75% da população, os cerca de 25% detentores de Assistência Suplementar, segmento que apresenta grandes variações regionais (chegando a quase 50% no Estado de São Paulo), também utilizam o sistema público, seja para procedimentos complexos e de maior custo, não cobertos pelos planos de saúde, na aquisição de medicamentos genéricos subsidiados ou na utilização de vacinas do Programa Nacional de Imunização, entre outros (Almeida, 2003; Brasil, 2005c; Brasil, 2008b).

2.3 - Rede de serviços do SUS

De acordo com dados governamentais, a rede de serviços do SUS dispõe de 140.069 unidades ambulatoriais, que realiza em média 2,4 bilhões de procedimentos/ano e 7.644 unidades hospitalares, com disponibilidade de 498.860 leitos (Brasil 2008b). Entretanto, de acordo com os dados da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária/AMS 2005 (IBGE, 2006), que investiga todos os estabelecimentos de saúde existentes no país (públicos ou privados), a maior parte da oferta de serviços hospitalares é concentrada no Setor Privado. Tal Setor detém 62% dos estabelecimentos com internação, dos quais 69% são contratados pelo SUS e no tocante às unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, existe uma concentração ainda maior destes estabelecimentos, correspondente a 92%. Por outro lado, a maior parte das unidades ambulatoriais (78%) encontra-se no Setor Público.

A mesma pesquisa mostra que a oferta de leitos disponibilizados pelo SUS é de 1,8 leitos/mil hab., bem aquém do parâmetro estabelecido pelo MS que é de 2,5 a 3 leitos/mil hab., enquanto no Setor Privado a relação é de 2,9 leitos/mil hab., demonstrando uma desigualdade de oferta (IBGE, 2006). Esta distribuição ainda é mais desigual quando se considera que os estabelecimentos privados que oferecem leitos ao SUS também o fazem para os planos e seguros de saúde e para os que efetuam pagamento direto e, além disso, muitos leitos que oficialmente são reservados ao SUS podem, na prática, ser utilizados para pacientes privados, pelo princípio da universalidade da atenção (Santos et al., 2008). A tabela 2 exibe o quantitativo de leitos existentes para internação no Brasil, observando-se que a oferta de leitos do Setor Privado para o SUS é predominantemente privada, sendo majoritariamente com fins lucrativos no Norte e Nordeste.

Tabela 2 – Leitos para internação em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa e disponibilidade ao SUS segundo Regiões brasileiras, 2005.

Leitos existentes para internação	Regiões brasileiras					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Públicos	15.667	52.492	53.428	14.859	12.520	148.966
-disponíveis ao SUS	15.470	51.459	49.101	13.418	11.816	141.264
Privados	11.496	63.365	138.025	59.699	21.659	294.244
-disponíveis ao SUS						
com fins lucrativos	5.002	25.073	21.806	9.421	6.808	68.110
sem fins lucrativos	1.951	23.361	61.726	30.870	6.256	124.164
Total de leitos	27.163	115.857	191.453	74.558	34.179	443.210
-disponíveis ao SUS	22.423	99.893	132.633	53.709	24.880	333.538

Fonte: IBGE/AMS2005.

Para a organização assistencial os eixos estruturais do SUS são: a Atenção Básica; Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica (básicos /excepcionais/estratégicos/oncológicos) e Gestão do SUS. Assim como os Programas Especiais: Aids; Saúde do Idoso; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Saúde Mental e Saúde do Trabalhador (Brasil, 2008b). E para garantir a resolutividade da atenção, o fluxo dos usuários no sistema de referência e contra-referência à atenção especializada, aos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem (raios X e ultra-som), terapêutico, saúde mental e internação hospitalar, devem constar no Plano Municipal de Saúde. Para tal devem ser considerados os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS (Brasil, 2007b).

A seguir serão descritos os eixos de interesse para o estudo atual, a saber, a Atenção Básica, a Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade e a Atenção à Saúde da Criança.

Atenção Básica

Dentro do contexto histórico da implementação do SUS, a Atenção Básica (AB), nomenclatura adotada pelo Governo para a Atenção Primária, especialmente por intermédio do Programa de Saúde da Família, vem se estruturando para se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema, sendo o ponto de partida para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Em 2006 com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica e a revisão das diretrizes e normas para sua organização, foram definidas como áreas estratégicas para sua atuação em todo o território nacional: a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e da diabetes; a eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança; a saúde da mulher; a saúde do idoso; a saúde bucal e a promoção da saúde (Brasil, 2007b).

Infraestrutura para a Atenção Básica

Equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde); Unidade Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família, que disponibilizem a infra-estrutura necessária ao seu adequado funcionamento e suficiente para o conjunto de ações propostas na garantia da resolutividade (Brasil, 2007b).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Implantado desde 1991, com uma proposta baseada em atividades educativas e preventivas feitas por pessoas pertencentes à comunidade, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997 e é hoje uma estratégia transitória para o PSF, prestando atenção básica nas áreas ainda sem cobertura (Brasil, 1994a; Brasil, 2001c).

São itens necessários para sua implantação: a) um enfermeiro supervisor para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS; b) jornada de trabalho de 40 horas semanais; c) definição das micro-áreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; d) o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde (Lei nº 10.507/2002) e e) UBS de referência para os ACS e o enfermeiro. As atribuições das categorias profissionais componentes do PACS estão descritas no Anexo 2 (Brasil, 2007b).

O Programa de Saúde da Família (PSF)

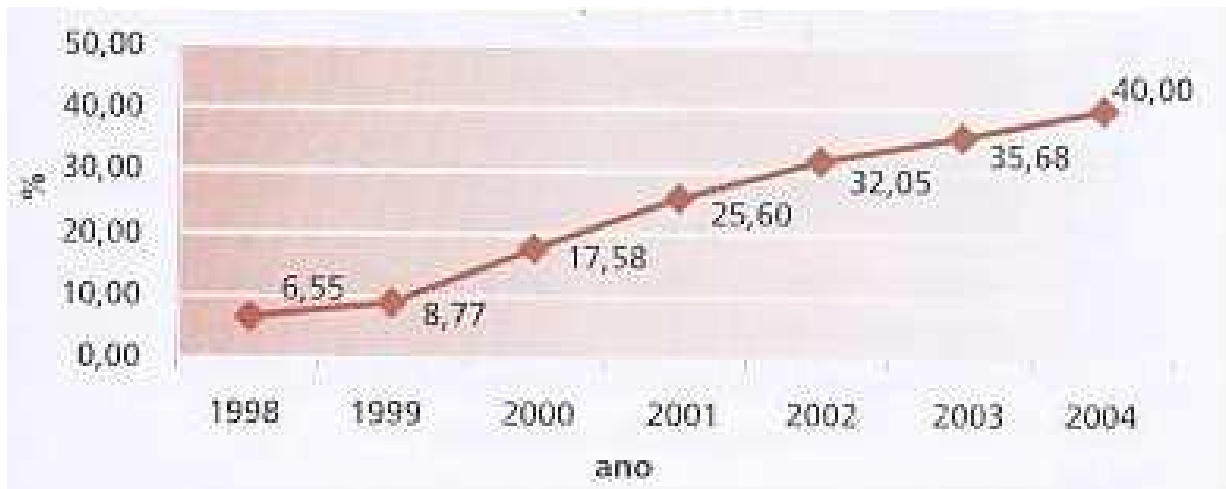
Criado em 1993 como mais um Programa do Ministério da Saúde, foi definido como “um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do

indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (Brasil, 1994b). Com o surgimento do SUS e o avanço do processo de municipalização e descentralização, o PSF foi eleito como um recurso estratégico da Política Nacional para a reorganização do novo modelo de atenção, fazendo parte de um conjunto de medidas e iniciativas direcionadas ao fortalecimento da AB (Brasil, 1996). O PSF, portanto, passa da condição de programa para a de estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde no País, cuja prioridade é voltada para as áreas de maior risco social, trabalhando com o princípio da vigilância à saúde, territorialidade e adscrição da clientela (Frias et al., 2008). Dessa forma, a estratégia tem caráter substitutivo à rede de AB tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família (ESF) atuam.

Infraestrutura para a implantação do PSF

- a) equipe multiprofissional responsável por no máximo 4.000 habitantes (média recomendada de 3.000 habitantes); jornada de trabalho de 40 horas semanais para toda a ESF (um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e quatro a seis ACS);
- b) número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS;
- c) UBS dentro da área para o atendimento das ESF. Em 2001 foi incorporada ao PSF a Equipe de Saúde Bucal (Brasil, 2007b). O processo de capacitação de toda a ESF deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho, em até três meses após sua implantação, por meio do Curso Introdutório cujo conteúdo mínimo tanto deste quanto da Educação Permanente, são objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007b). As atribuições das categorias profissionais componentes das ESF estão descritas no anexo 2. Os dados concernentes ao número de ESF passaram a ser registrados oficialmente a partir de 1998, com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), quando a proporção da população coberta pelo PSF no Brasil era de 6,5% passando a 40% em 2004, como mostra a figura 3 (Brasil, 2006c).

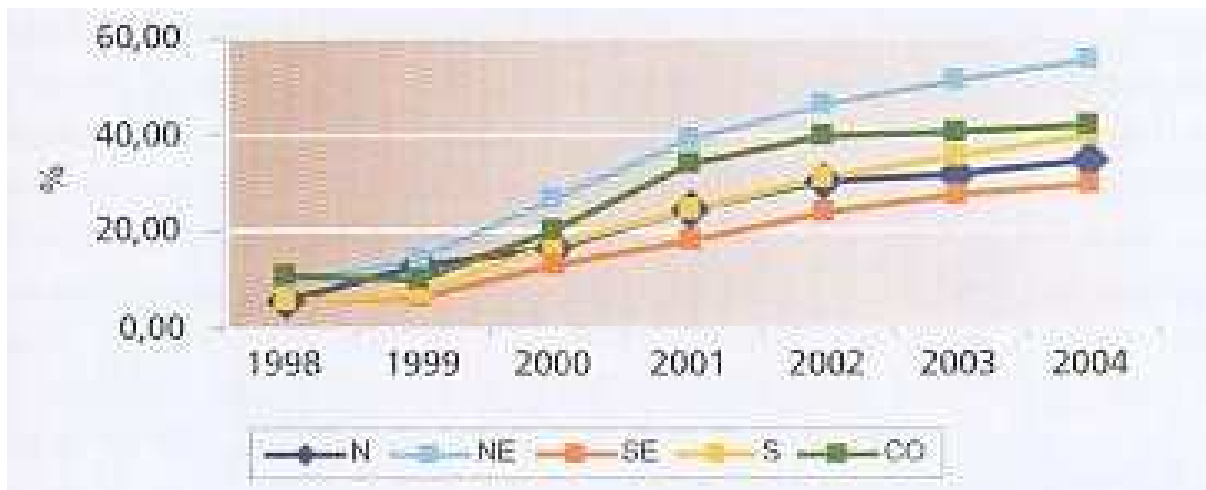
Figura 3 – Evolução da cobertura do PSF. Brasil, 1998-2004.



Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Convém salientar que, concordante com o propósito do PSF na priorização dos grupos populacionais com maior risco de adoecer e morrer, a região Nordeste apresentou as proporções mais elevadas de cobertura populacional da estratégia, quando comparada com outras regiões brasileiras no período de 1998 a 2004, como mostra a figura 4 (Brasil, 2006c).

Figura 4 – Evolução da cobertura do PSF segundo regiões geográficas. Brasil, 1998-2004.



Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

As informações mais recentes mostram que em 2007 existia um total de 27.324 ESF implantadas em 5.125 dos 5.564 municípios do país (cobertura de 46,6% da população) e 211 mil ACS em 5.300 municípios (cobertura de 56,8%), correspondendo a cerca de 87,7 milhões e 107,0 milhões de pessoas, respectivamente (Brasil, 2008a).

Atenção de Média e Alta Complexidade

A Atenção de Média Complexidade é destinada à oferta de ações e serviços especializados e que utilizem recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Entre os procedimentos de Média Complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) encontram-se as cirurgias ambulatoriais especializadas, incluindo odontologia, patologia clínica, radiodiagnóstico e exames ultrassonográficos, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses e anestesia (Conass/MS, 2007).

A Atenção de Alta Complexidade envolve um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os ao nível de atenção básica (Brasil, 2008b). Trata-se de uma das prestações de maior importância provida pelo Setor Público, não só dentro do próprio SUS, como para o sistema de saúde como um todo. Isto ocorre porque o Setor Privado não integrado ao SUS tem participação reduzida em um grande número de ações e serviços que requerem tecnologias de ponta, residual em outras (transplantes, hemodiálise) e até mesmo nula, como na distribuição gratuita de medicamentos de alto custo (Brasil, 2005c). O elenco de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Alta Complexidade no SUS está contido no quadro 1.

Quadro 1 - Elenco de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Alta Complexidade do SUS.

Procedimentos Ambulatoriais	Procedimentos Hospitalares
Hemodinâmica	UTI
Ressonância magnética	Transplantes
Tomografia computadorizada	Polissonografia
Medicina nuclear	Cirurgia oncológica
Imunologia	Tratamento da Aids
Terapia renal substitutiva	Cardiologia
Radioterapia	Hemoterapia
Quimioterapia	Ortopedia
Hemoterapia	Neurocirurgia
Radiologia intervencionista	Tratamento cirúrgico de epilepsias
Medicamentos “excepcionais”	Gastroplastia
	Deformidades crânio-faciais/ lábio-palatais
	Implante coclear
	Órteses e próteses na AIH

Fonte: Portaria SAS/MS nº 968 de 11/12/2002.

É importante que não se perca de vista que apesar da oferta de equipamentos de tecnologia mais avançada vir apresentando um incremento em todas as regiões do Brasil, no Norte e Nordeste persistem as históricas diferenças regionais, havendo uma menor oferta dos mesmos.

Na tabela 3 observa-se que a despeito da maior existência dos equipamentos de alta densidade tecnológica no eixo Sul-Sudeste, sua disponibilidade para o SUS ainda é bastante restrita no nível nacional.

Tabela 3 – Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde por tipo selecionado e disponibilidade ao SUS segundo Regiões brasileiras, 2005.

Nº de Equipamentos existentes e disponíveis ao SUS	Regiões brasileiras											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	Nº	SUS	Nº	SUS	Nº	SUS	Nº	SUS	Nº	SUS	Nº	SUS
Tomógrafo	71	32	294	159	1.088	436	342	188	166	43	1.961	858
Ressonância magnética	18	9	88	46	311	74	87	32	45	14	549	175
Ultrassom Doppler colorido	288	105	1.097	348	3.249	847	959	282	592	134	6.185	1.716
Eletro-cardiógrafo	758	470	3.852	2.267	11.408	6.634	2.928	1.926	1.473	801	20.419	12.098
Eletro-encefalógrafo	98	42	470	177	1.389	607	369	212	238	88	2.565	1.126
Hemodiálise	480	406	2.741	2.373	7.474	6.165	2.711	2.477	1.087	942	14.473	12.363
Raio X >de 500mA	96	52	429	235	1.247	647	496	320	243	105	2.511	1.359

Fonte: IBGE/AMS2005.

Como comparativo da desigualdade entre a oferta para o SUS e para o Setor Privado de alguns destes equipamentos, a ultrassonografia e a tomografia computadorizada dispõem para o SUS 3,9 e 0,6/100 mil habitantes respectivamente, enquanto o Setor Privado dispõe de 20,2 e 2,5/100 mil, respectivamente (IBGE, 2006). Este fato, que é advindo do modelo de saúde anterior, que favorecia o fortalecimento do Setor Privado nos grandes centros urbanos, dificulta enormemente a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, sendo um dos muitos obstáculos que são enfrentados pelo SUS na consecução da atenção universal e equânime (Brasil, 2004a).

2.4 - Atenção à saúde infantil no Brasil

Após a promulgação da Lei Federal nº 8069 de 13/07/1990, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2005d), que foi elaborado para regulamentar as conquistas asseguradas pela Constituição Federal de 1988, a priorização da criança nas políticas públicas sociais passa a ser um dever do Estado, sendo um direito da criança o acesso universal à atenção à saúde (Brasil, 1988). Desta forma, e inspirado nos preceitos da Declaração de Alma-Ata no Cazaquistão (OMS/Unicef, 1979), o MS passou a intensificar um grande número de programas, projetos e ações com a priorização e qualificação da Atenção Primária

em Saúde (cuja referência brasileira é Atenção Básica) e o incremento da cobertura dos serviços de saúde infantil, com o objetivo de promover a saúde de forma integral enfrentando os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil. Essas iniciativas vêm sendo implementadas prioritariamente em localidades de maiores riscos para o óbito infantil, conforme os comentários a seguir.

É importante que se contextualize que no início da década dos oitenta, antes do advento do SUS, surgem as primeiras abordagens sobre a integralidade da atenção em saúde, direcionadas a programas destinados a grupos específicos como o da mulher e o da criança (Conill, 2004). Esta nova abordagem foi impulsionada pelo intenso movimento político feminista, recomendando uma nova postura das equipes de saúde, considerando a mulher como um ser integral e oferecendo os subsídios para que ela possa se apropriar das informações pertinentes sobre o seu corpo e saúde, e não apenas como um ser reprodutor (Osis, 1998). Além disso, a concepção do programa de saúde da mulher e da criança sofre importante influência do momento de grande efervescência política do movimento sanitário brasileiro, que teve como principal desfecho a implantação do SUS (Brasil, 1995a).

Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC)

Com base nos pressupostos anteriormente citados, em 1983 com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade do grupo materno-infantil, o Ministério da Saúde substituiu a lógica hospitalocêntrica do antigo Programa de Saúde Materno-Infantil com a implantação em 1984 do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que permanecem até o momento (Brasil, 1995a). O PAISC visa promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade às crianças em situação de risco aumentado para o adoecimento e o óbito, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde do SUS (Brasil, 1986; Brasil, 1995a; Brasil, 2000b). As ações programáticas incluem as cinco ações básicas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde infantil: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como eixo estruturante da assistência infantil e o combate à desnutrição; o incentivo ao aleitamento materno e a orientação alimentar para o desmame; o controle da diarreia; o controle das infecções respiratórias agudas e a imunização (Brasil, 1986; Brasil, 2000b). É importante que se considere que dentre as ações programáticas do PAISM estão incluídos o planejamento familiar, a assistência ao pré-natal e a qualificação do parto domiciliar por parteiras tradicionais, com repercussões importantes sobre a saúde da criança (Brasil, 1995a).

Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI)

Apesar dos esforços do governo federal para a estruturação da oferta de serviços após a implantação do PAISM e PAISC, os investimentos direcionados a estes programas sofreram flutuações em intensidade comprometendo os resultados esperados com relação aos indicadores de morbi-mortalidade infantil (Vidal, 1996). Desta maneira, para reforçar e reafirmar os compromissos assumidos sobre o problema da sobrevivência infantil na década de noventa em encontros nacionais e internacionais, o MS implanta em 1995 o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) (Brasil, 1995b). O PRMI foi elaborado como uma estratégia municipal estimulada pelo governo federal direcionada para áreas de maior risco de adoecimento e morte da população infantil, agregando mais reforços para a melhora da situação de saúde das crianças e da redução da mortalidade infantil evitável, ainda elevada na época (Brasil, 1995b). Os municípios beneficiados foram selecionados por critérios de pobreza, associando-se a estes os bolsões de miséria das capitais do Norte e Nordeste brasileiro (Brasil, 1995b; Brasil, 2000b). Vigente até o momento, o PRMI incorpora e intensifica as ações do PAISC e dos diversos programas governamentais existentes, inovando na promoção da intersetorialidade, por meio da articulação do Setor saúde com outros setores (educação, agricultura, saneamento, habitação, trabalho, comunicação social, justiça e orçamento). As articulações se estendem à instituições internacionais (Unicef e Organização Pan-Americana de Saúde), organizações não-governamentais, sociedades científicas de classe, conselhos de secretários de saúde nos três níveis de governo e a sociedade civil (Brasil, 1995b).

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI)

No mesmo ano da implantação do PRMI, 1995, a Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil (CHD) da Organização Mundial de Saúde (OMS), a OPAS e o Unicef propuseram o desenvolvimento da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que foi incorporada pela Área Técnica de Saúde da Criança do MS como uma estratégia para redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos e para organização do atendimento à criança (Brasil, 2003d; Frias, et al., 2009). Propõe uma nova abordagem da atenção à saúde, caracterizada pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância (que no Brasil correspondem às doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas, desnutrição e malária, em áreas endêmicas) e do contexto em que ela está inserida, ao invés do enfoque tradicional que as considera isoladamente (Brasil, 2003d). A AIDPI foi implantada no Brasil em 1997 em alguns municípios do Norte e Nordeste e em 2001

ampliou sua abrangência a todo o território nacional, sendo adaptada às características epidemiológicas das crianças e às normas brasileiras (Brasil, 2003d). É alicerçada em três pilares básicos: a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção à saúde, a reorganização dos serviços de saúde nesta perspectiva e educação em saúde, tanto na família quanto na comunidade (Brasil, 2000c). A estratégia sistematiza a atenção à criança voltada às doenças mais prevalentes, para profissionais sem formação em pediatria, promovendo o trabalho em equipe, haja vista que incorpora a capacitação de vários profissionais do campo da saúde como enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e ACS e complementa o PAISC nas cinco ações básicas já citadas (Brasil, 2003d).

Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Em 2004, sendo signatário dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Brasil, 1997; ONU, 2000), de reduzir em dois terços no ano de 2015 a mortalidade infantil encontrada em 1990, o MS propõe o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, como prioridade e compromisso de Governo (Brasil, 2004b). O objetivo do Pacto é promover a articulação dos atores sociais em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, com monitoramento por uma Comissão Nacional, sendo considerado pela ONU um modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos Objetivos do Milênio (Frias et al., 2009). A OMS editou o Manual dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal para elucidar as circunstâncias da ocorrência desses óbitos, identificar e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde e prevenir a ocorrência de novas mortes com o trabalho de educação junto aos profissionais de saúde (Brasil, 2004b).

Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil

Em 2005 o Ministério da Saúde reforça a prioridade de Governo na promoção e recuperação da saúde infantil, apresentando a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 2005e), doravante referida apenas como Agenda de Compromissos. O objetivo principal do documento é promover a atenção integral à saúde da criança e reduzir a mortalidade infantil evitável por ações e serviços de saúde, identificando as principais diretrizes a serem seguidas pelos gestores dos estados e municípios no desenvolvimento de políticas de atenção à saúde da criança baseadas nos princípios já garantidos constitucionalmente (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 2005e). Tais princípios

incluem o direito de acesso aos serviços de saúde hierarquizados, com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade, em prol da redução da mortalidade infantil (Brasil, 2005e), conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Princípios norteadores da política de saúde da criança.

Acesso universal	Direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde no seu provimento para todas que a procuram.
Acolhimento	Recepção a toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, relação cidadã e humanizada, com definição da conduta mais adequada para a resolução das demandas identificadas; adoção de postura acolhedora na recepção aos usuários, sem agendamento ou distribuição de senhas, com fluxo o contínuo.
Responsabilização	A unidade/equipe assume o paciente sob sua responsabilidade com o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o usuário, garantindo a continuidade da assistência.
Assistência integral e resolutiva	Abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo às demandas apresentadas; integração entre os serviços de todos os níveis de complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica, garantindo a continuidade da assistência até a completa resolução do problema.
Equidade	Maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.
Intersetorialidade	Articulação de diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município.
Atuação em equipe	Efetivação do trabalho solidário e compartilhado entre os profissionais.

Fonte: Ministério da Saúde, 2005e.

A Agenda de Compromissos propõe apoiar os estados e municípios no processo de reorganização da rede assistencial à infância nos seus vários níveis de complexidade, por meio das ações do PAISM, PAISC, PRMI e da estratégia AIDPI, articulando-os com a rede de assistência em saúde, com destaque na AB (preferencialmente através do PSF/PACS). Os distintos programas devem atingir os objetivos abrangendo a criança integralmente para que se supere a desarticulação entre os níveis de atenção, garantindo sua continuidade atuando conjuntamente nas ações ou *linhas de cuidado integral da saúde da criança*, a saber:

- 1) promoção do nascimento saudável (ações de pré-natal; parto institucional ou domiciliar seguro); atenção imediata ao recém-nascido na sala de parto; acompanhamento ao recém-nascido normal e de risco pós-alta; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável.
- 2) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo e preparo para o aleitamento materno e alimentação saudável; imunização.
- 3) atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais e 4) atenção às doenças prevalentes, com destaque para as diarreias e doenças respiratórias, sífilis e rubéola congênitas, tétano neonatal e HIV/AIDS (Brasil, 2005e).

Dentro das principais estratégias de ação da Agenda de Compromissos encontram-se a

vigilância do óbito infantil, materno e perinatal. As ações são de responsabilidade do gestor municipal, devendo ser realizadas pela equipe de AB, que investiga os problemas relacionados à morte da criança na sua área de adscrição e avalia as medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis por ações e serviços de saúde, com a redução da mortalidade infantil (Brasil, 2005e).

Finalmente, em 2006 a redução da mortalidade infantil como política de governo foi mais uma vez enfatizada ao ser incluída entre as prioridades operacionais do Pacto pela Vida, um dos três componentes do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b).

A organização da atenção infantil no Brasil

A porta de entrada preconizada da atenção à saúde da criança é a AB preferencialmente por meio do PSF e PACS e todas as unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à Agenda de Compromissos (Brasil, 2005e). A abordagem incorpora a organização do processo de trabalho integrado em uma rede hierarquizada de atenção: PACS, PSF, Equipes de Apoio (pediatra e outras especialidades médicas e demais profissionais), Unidades Básicas Tradicionais (UBT), Atenção Especializada, Serviços de Urgências, Ações Complementares de Assistência (farmacêutica, apoio diagnóstico) e Atenção Hospitalar e Ambulatorial de Média/Alta Complexidade, além das Ações Intersetoriais que envolvam a criança e a família, como moradia, água tratada, educação, entre outros (Brasil, 2005e). O profissional de apoio deverá se inserir na atenção atuação articulada com a Equipe de Saúde da Família para supervisão, quando necessária, no estabelecimento de mecanismos de educação permanente e atuando como retaguarda para o atendimento das crianças referenciadas, mantendo-se o compromisso de acompanhamento da criança pela Equipe, o que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar (Brasil, 2005e).

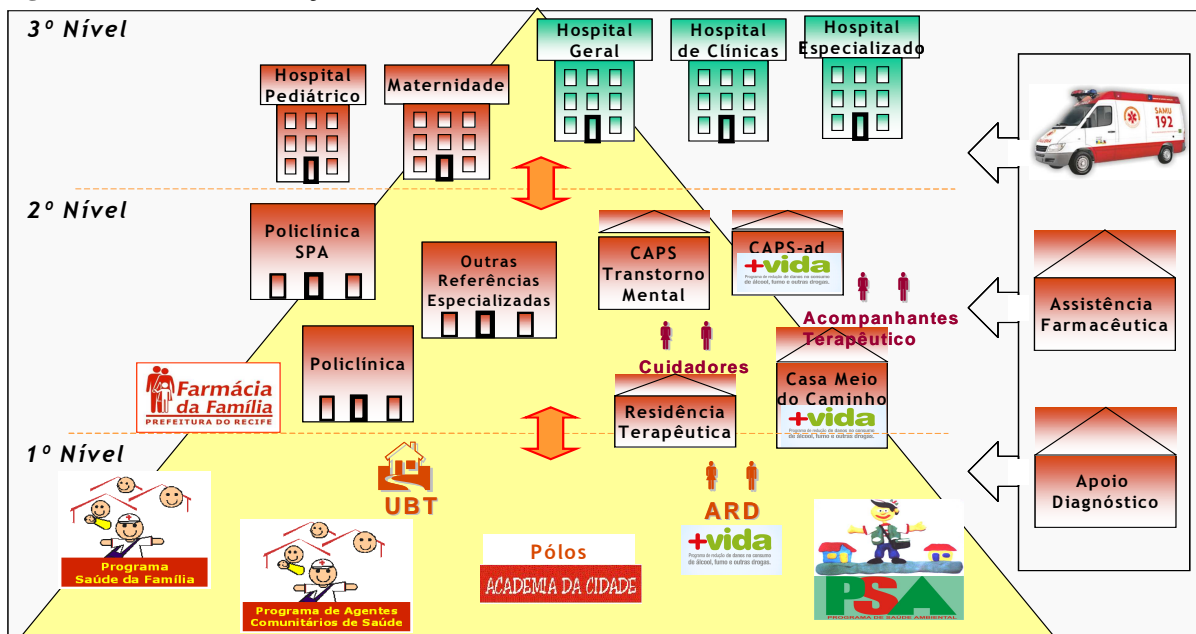
O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida, iniciado nos primeiros 15 dias, deverá ser realizado por toda a equipe de saúde, identificando as crianças de risco ao nascer, que têm prioridade de atendimento médico (Brasil, 2002e; Brasil, 2005e). Os critérios de risco são os biológicos (baixo peso, prematuridade e hipóxia ao nascer), mãe adolescente, com baixa instrução e história de morte em criança menor que cinco anos na

família. A esses critérios associam-se outros como hospitalização anterior, atraso vacinal da criança, residência em área de risco, famílias sem renda, dependência de drogas, etc. (Brasil, 2005e).

2.5 - Atenção à saúde no Recife

O Modelo Municipal de Atenção à Saúde na cidade do Recife, em consonância com o nível federal se organiza *de forma hierarquizada e descentralizada para viabilizar o modelo de atenção que busca promover, proteger, recuperar e reabilitar, de modo universal, equânime e integral, a saúde da população* (Recife, 2007a: 05). (Figura 5).

Figura 5 – Modelo de Atenção à Saúde no Recife.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2007c.

O Recife possui extensão territorial de 218 km² com população de 1.546.502 habitantes (IBGE, Censo de 2000, estimativa 2006). O território da Cidade, que é recortado em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), correspondentes no Setor Saúde aos seis distritos sanitários (DS), apresenta 70% da população em situação de pobreza (Recife, 2005). É importante que se destaque que a persistência dos maiores CMI no distrito sanitário I ao longo da década (ver Figura 2) é explicada do ponto de vista epidemiológico, pela existência em seu território de bairros em situação de grande desvantagem quanto aos indicadores socioeconômicos, a saber: bairro do Recife, Ilha Joana Bezerra, Coelhos, São José e Santo Amaro (Recife, 2005). O Anexo 3 mostra os indicadores referentes às condições de vida nos

bairros desse distrito segundo a renda e escolaridade do chefe do domicílio, sistema de coleta de lixo, sistema de aporte de água e de escoamento sanitário, construídos por Guimarães et al. (2003).

A Rede Municipal de Serviços de Saúde

O Recife é sede da Região Metropolitana, prestando serviços de saúde aos seus 14 municípios, sendo o Município Pólo para outros municípios de Pernambuco e de vários estados nordestinos. Para operacionalizar a assistência à saúde a rede de serviços está organizada nos seis distritos sanitários de saúde (Recife, 2005). Os serviços municipais contemplam a Atenção Básica e a Atenção de Média Complexidade, incluindo internação hospitalar e os métodos complementares ao diagnóstico laboratorial e radiológico, em unidades próprias ou da Rede Complementar Conveniada/Contratada. A Atenção de Alta Complexidade que é localizada no território municipal, o qual deveria ser o gestor de toda a rede hierarquizada e articulada para assegurar o comando único sobre os prestadores, permanece sob gestão estadual, que também detém 70% da assistência de Média Complexidade, configurando um duplo comando (Brasil, 2001b; Brasil, 2002b). O quadro 3 mostra a Rede de Serviços de Saúde sob gestão do município.

Quadro 3 - Rede Municipal de Serviços de Saúde. Recife, 2007.

Atenção Básica	Atenção de Média Complexidade
220 Equipes de Saúde da Família (105 USF) 25 Equipes de PACS 103 Equipes de Saúde Bucal 1.800 Agentes Comunitários de Saúde 24 Unidades Básicas Tradicionais (UBT) 19 Pólos Programas Academia da Cidade 1000 Agentes de Saúde Ambiental (ASA)	2 Hospitais Pediátricos (101 leitos) 3 Maternidades Municipais (184 leitos) 11 Hospitais Conveniados (1637 leitos) 13 Policlínicas 7 SPA (Policlínicas e Maternidades) 51 Centros Especializados
Laboratórios clínico-radiológicos (1 municipal e 23 conveniados)	
Programa Farmácia da Família	
Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU)	
Central de Regulação de Consultas, Exames e Internações	

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2007a
Exclui a Rede Estadual de Serviços

O SAMU consiste no atendimento de urgências domiciliares, em via pública e remoção ao

serviço especializado; a Central de Regulação de Consultas, Exames e Internações realiza as marcações destes serviços por tele-atendimento (Recife, 2007a); o Programa de Saúde Ambiental visa reduzir os problemas de saúde ligados ao meio ambiente, através de ações educativas domiciliares principalmente no combate às endemias (Dengue, Leptospirose e Filariose) de forma integrada e articulada com outros órgãos municipais, como Saneamento e a Defesa Civil (Recife, 2007a).

Organização da atenção no Recife

A Atenção Básica

A organização da atenção nos distritos sanitários do Recife é orientada pelo Modelo Assistencial do SUS que preconiza a AB como porta de entrada ao sistema, com a assistência realizada preferencialmente por intermédio do PSF para a população residente em áreas com maiores carências de serviços públicos essenciais, prioritárias de eleição para esta estratégia. Nas áreas que ainda não têm cobertura do PSF a atenção preventiva é realizada pelo PACS (Recife, 2005), sendo que nestas e naquelas áreas sem nenhuma cobertura programática a assistência é ofertada nas UBT e Policlínicas (Recife, 2007b). A tabela 4 mostra a cobertura populacional do PSF e PACS por distrito sanitário para o ano de 2008, evidenciando que 54% dos recifenses estão adscritos ao PSF, elevando-se para 61% quando se incluem os dois programas (Recife, 2009).

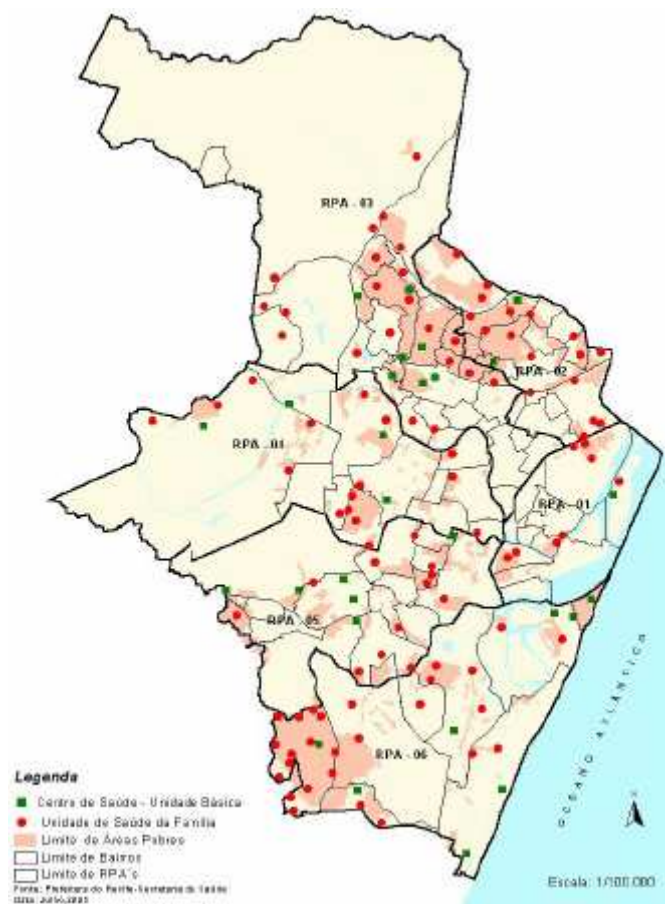
Tabela 4 - Cobertura do PSF e PACS por distrito sanitário. Recife, 2008.

Distrito Sanitário	População	PSF				ACS (PACS e PSF)		
		Nº USF	Nº ESF	População coberta	Cobertura (%)	Nº ACS	População coberta	Cobertura (%)
DS I	86.068	9	16	55.200	64	85	48.875	57
DS II	227.008	16	39	134.550	59	323	185.725	82
DS III	312.460	22	44	151.800	49	363	208.725	67
DS IV	278.837	19	38	131.100	47	266	152.950	55
DS V	273.842	15	31	106.950	39	228	131.100	48
DS VI	389.905	32	72	248.400	64	396	227.700	58
Total	1.568.120	113	240	828.002	54	1.661	955.075	61

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2009.

A figura 6 mostra a Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde do Recife, por distrito sanitário, evidenciando sua localização em áreas pobres da cidade (Recife, 2006).

Figura 6 - Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde do Recife por Distrito Sanitário

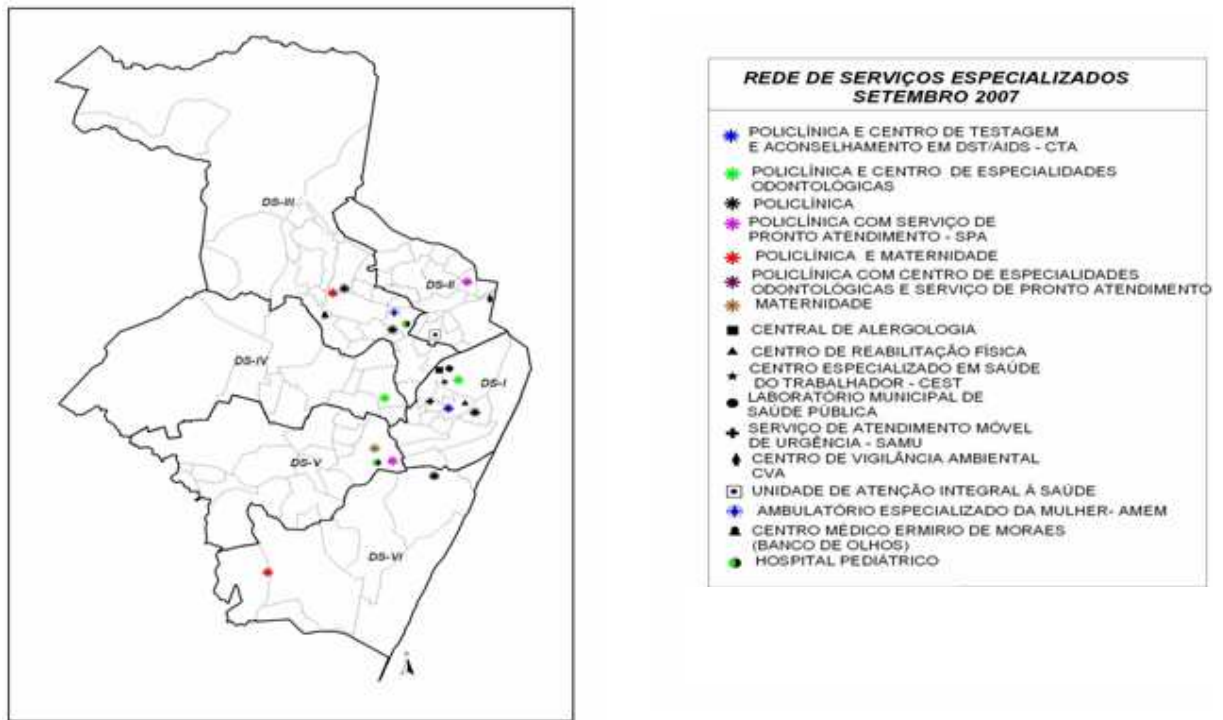


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2006.

A Atenção de Média e Alta Complexidade

A atenção de Média Complexidade é realizada pelas Policlínicas e Serviços de Atenção Especializada próprios do Município ou da Rede Assistência Complementar/Conveniada; a oferta de Serviços de Apoio Diagnóstico é efetuada no Laboratório Municipal ou nos Laboratórios e Clínicas Radiológicas da Rede Conveniada (Recife, 2006). A Rede Hospitalar do SUS no Recife é ampla (dos 8.037 leitos existentes 6.245 são do SUS), a maioria sob gestão estadual, estando em fase de negociação o processo de municipalização com o gestor estadual (Recife, 2006). Este nível assistencial inclui exames e atenção de alta densidade tecnológica, emergências e hospitalização, abrangendo serviços públicos estaduais, universitários ou filantrópicos e conveniados, sendo a atenção complementada pelo SAMU (Recife, 2007c). A consulta de Média e Alta Complexidade é oportunizada por intermédio da Central de Regulação de Consultas, Exames e Internações, enquanto o atendimento nas Urgências e Emergências é majoritariamente realizado por livre demanda (figura 7).

Figura 7 - Rede de Serviços Especializados do Recife por Distrito Sanitário.

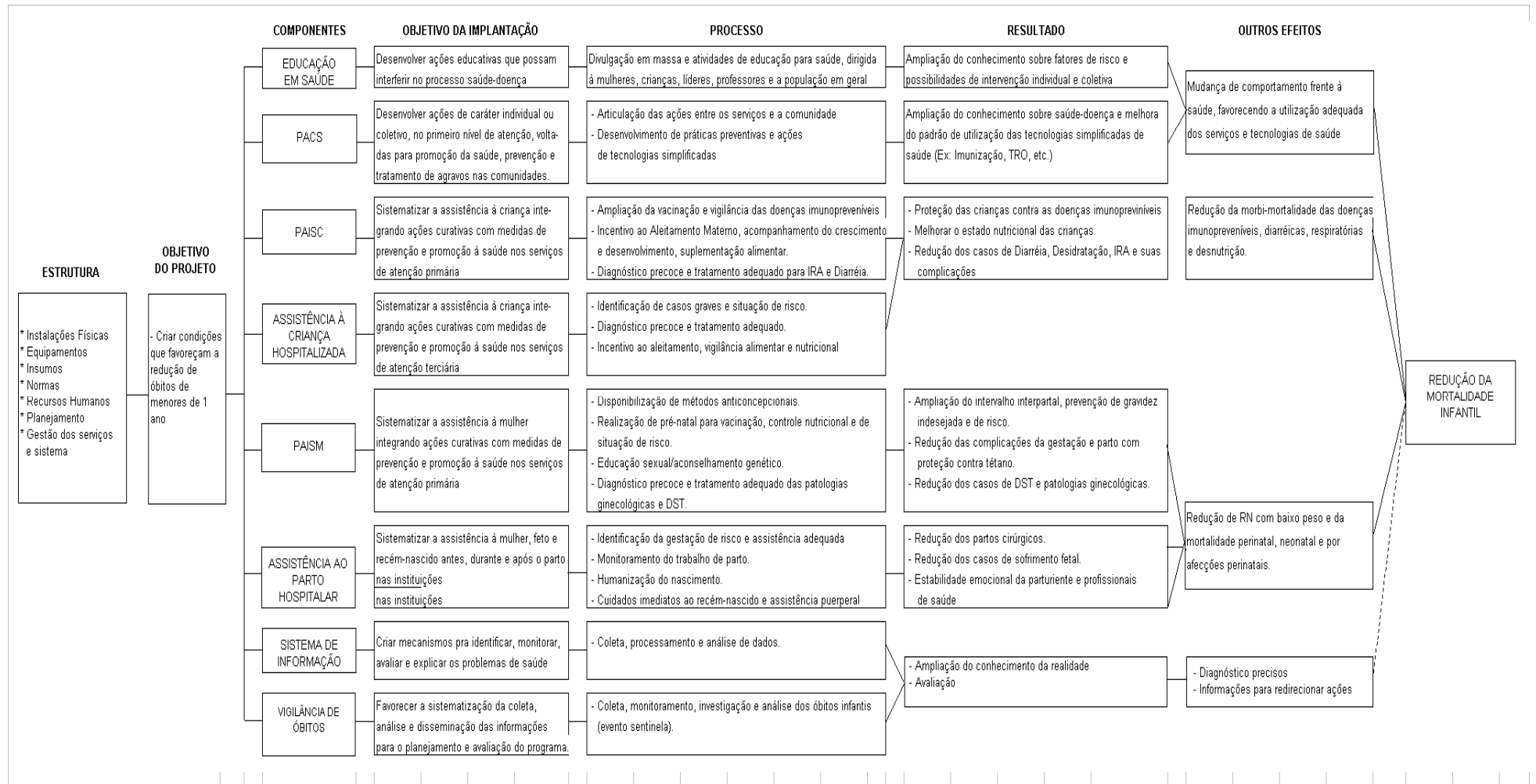


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2007.

2.5.1 - Atenção à saúde infantil no Recife

A estruturação da Diretoria Executiva de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, subordinada à Diretoria Geral de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Recife organiza-se de acordo com o Modelo de Atenção à Saúde proposto pela gestão, consonante com o nível federal. Tal Modelo inclui os problemas prevalentes nos diferentes grupos etários de crianças e adolescentes (de zero a dezenove anos) e para melhor definir e otimizar a adequação das intervenções foi construído um *modelo lógico* (Recife, 2001a). Este modelo é específico para cada um dos grupos etários considerados e/ou para problemas e programas especiais e para o grupo de zero a menos de um ano, cuja prioridade é a redução da mortalidade infantil, os componentes são: Educação Popular em Saúde, PAISC, PAISM (Pré-natal e Planejamento Familiar), PACS/PSF; Assistência ao Parto e ao Recém-nascido, Assistência à Criança Hospitalizada, Transporte inter-hospitalar; Sistema de Informação em Saúde e a Vigilância dos Óbitos (Recife, 2005), como mostra a figura 8.

Figura 8 - Modelo lógico para intervenção em menores de um ano. Recife, 2001.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2005.

É pertinente salientar que a partir de 1994, período de importante magnitude da mortalidade infantil no Recife, cujo CMI era de 33,5‰ nv, a Secretaria de Saúde municipal propôs a vigilância das crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida (antigo Projeto Cidadão). Os critérios de inclusão das crianças (isolados ou associados) guardam semelhança com os preconizados pelo MS, já discriminados em seção pertinente (Recife, 2007a). Os componentes das intervenções delineados pela política municipal de atenção à saúde da criança são os correspondentes das linhas de cuidado contidas na Agenda de Compromissos (Brasil, 2005c), visando a atenção integral à saúde da criança e a redução da mortalidade infantil, que são executadas através das ações dos profissionais na rede de atenção à saúde nos seus diferentes níveis de complexidade (Recife, 2001a).

Comparando-se a Rede de Serviços de Saúde própria do município que presta atenção básica e de média complexidade à criança nos anos de 2000 e 2008 (tabela 5), observa-se modificações na composição da rede, com aumento das USF e diminuição das UBT, coerente com o processo de substituição progressiva destas unidades para fazer face ao novo modelo assistencial. Porém, nota-se a diminuição dos serviços de média complexidade devido ao descredenciamento de alguns serviços da Rede Conveniada, em detrimento da atenção às crianças neste nível (Recife, 2008a; Recife, 2008b).

Tabela 5 - Rede de Serviços de Atenção à Saúde Infantil no Recife em 2000 e 2008

Rede de Serviços	2000	2008
Unidades de Saúde da Família	16	112
Equipes de Saúde da Família	27	240
Unidades de Saúde Tradicionais	46	25
Emergências Pediátricas Municipais	05	05
Emergências Pediátricas Conveniadas	03	01
Hospitais Pediátricos Municipais	02	02
Hospitais Pediátricos Conveniados	03	01
Maternidades Municipais	02	03
Maternidades Conveniadas	02	0
Leitos de Obstetrícia Municipais e Conveniados	175	112
Leitos de Pediatria/Neonatologia Municipais e Conveniados	303	193

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2008a.

Exclui a Rede Estadual de Serviços.

Organização da atenção infantil no Recife

A organização da atenção à criança nos distritos sanitários do Recife segue o Modelo de Atenção em Saúde vigente com a AB como porta de entrada preferencial para os demais níveis de complexidade da Rede Assistencial, preferencialmente por intermédio do PSF/PACS (Brasil, 1988; Recife, 2006). No entanto tal organização é distinta, dependendo das crianças residirem ou não em áreas adscritas aos citados programas e do nível de complexidade da atenção demandada (Recife, 2006; Recife, 2007c). Desta forma, para a concretização da atenção das crianças existem alguns procedimentos como se descreve a seguir:

Procedimentos das crianças em áreas adscritas ao PSF/PACS

Atenção Básica

A AB básica se inicia com as atividades preventivas desde o pré-natal até os dois anos de vida, com as consultas agendadas previamente pelos ACS nas visitas domiciliares ou na UBS, sendo de responsabilidade de toda a equipe de saúde, priorizando-se o atendimento das crianças incluídas nos critérios de risco, especialmente pelo médico;

As consultas curativas são realizadas através de marcação com o ACS no domicílio ou diretamente nas USF, para o médico de Saúde da Família (crianças adscritas ao PSF) ou nas Policlínicas e UBT, para o pediatra (crianças cobertas pelo PACS). O número de marcações é restrito a dois agendamentos por cada ACS por dia. No PSF existe disponibilidade diária do médico nas consultas de encaixe, nos casos de doenças agudas (Recife, 2006; Recife, 2007c);

A realização de exames complementares de diagnóstico básicos clínico-radiológicos é assegurada e feita por meio de solicitação durante a consulta médica ou de enfermagem (para os exames preventivos), em formulário padronizado, com marcação feita diretamente pela própria USF ou UBT/Policlínica via Central de Regulação do Município.

Atenção de Média e Alta Complexidade

As consultas pediátricas e suas sub-especialidades de Média/Alta Complexidade para as crianças adscritas ao PSF, são realizadas pelo encaminhamento do médico do PSF para as Policlínicas ou Unidades Especializadas, sendo feito pelo pediatra das Policlínicas ou UBT para as adscritas ao PACS, em formulário padronizado, que é repassado em planilhas para a marcação pela Central de Regulação do Município. Após a marcação, o ACS responsável pela criança comunica a data da consulta e/ou do exame durante a visita domiciliar. Para o deslocamento das crianças aos serviços mais distantes as unidades poderão disponibilizar vale-transporte (Recife, 2006; Recife, 2007c).

Procedimentos das crianças em áreas sem cobertura do PSF/PACS

Nas áreas não cobertas pelo PSF/PACS (ou em áreas cobertas nas quais as crianças não os utilizam), o procedimento para a atenção é semelhante, independente do nível de complexidade. A porta de entrada é através das UBT, Policlínicas e Emergências do SUS, com marcação realizada pelas mães, tanto para as ações preventivas como curativas;

As consultas com os especialistas e os exames clínico-radiológicos de alta densidade tecnológica são oportunizadas pela referência dos médicos dos serviços procurados, sujeitos aos mesmos procedimentos de marcação pela Central de Regulação, no entanto, serão as mães as responsáveis pela confirmação da data dos exames na unidade de saúde procurada (Recife, 2006).

Procedimentos das crianças independente da adscrição ao PSF/PACS

Para as ações e serviços da AB do SUS, incluindo os exames laboratoriais e radiológicos, os horários são diários, em dois turnos, excluindo-se o noturno, fins de semana e feriados; as consultas de pediatria são oferecidas diariamente, em um só turno; os serviços especializados têm dias e horários específicos, a depender do serviço e/ou do sub-especialista, os serviços de urgências e emergências de média/alta complexidade têm horários ininterruptos (Recife, 2007c);

O atendimento nos serviços de urgência/emergência com ou sem hospitalização, de média ou alta complexidade se realiza quase exclusivamente por livre demanda das mães. Eventualmente, existe a possibilidade do encaminhamento pelos profissionais que ofertaram o atendimento inicial, ou ainda da atenção e/ou transporte para estes serviços através do SAMU (Recife, 2007c);

A medicação básica é garantida com regularidade, tanto nas USF quanto nas UBT e Policlínicas, mediante prescrição médica em receituário próprio da Prefeitura Municipal, assim como nas unidades hospitalares do SUS. No entanto, caso a criança seja consultada nas urgências/emergências sem haver hospitalização nos serviços da Rede Conveniada do SUS, a medicação não é assegurada. Os medicamentos especiais poderão ser conseguidos por intervenção do distrito sanitário correspondente (Recife, 2007c).

3 – O acesso à saúde

3.1 – Conceitos e marcos conceituais

De uma forma geral, o acesso às ações e serviços de saúde refere-se à possibilidade das pessoas obterem cuidados de saúde quando necessitem, de maneira fácil e conveniente (Acurcio & Guimarães, 1996). Por outro lado, o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (Travassos e Martins, 2004). É importante contextualizar que o conceito de acesso às ações e serviços de saúde é permeado por indefinições e controvérsias entre autores, passíveis de variações ao longo do tempo e do contexto, relativas ao seu enfoque ou abrangência (Guagliardo, 2004; Travassos e Martins, 2004). Nem mesmo a terminologia é unânime, uma vez que alguns autores usam o termo acesso e acessibilidade indistintamente (Chen, 1978), enquanto outros os diferenciam (Donabedian, 1973; Aday e Andersen, 1974; Frenk, 1985; Starfield, 2001; Penchansky & Thomas, 1981). Assim, será delineado sumariamente o conceito de acesso de acordo com os principais estudiosos sobre o tema:

Donabedian (1973) prefere empregar a terminologia acessibilidade, ou ambos os termos, referindo-se ao grau de ajuste entre as características da população e as características dos recursos de atenção à saúde, sendo um dos fatores que determinam a qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde. Para este autor, existem diversos elementos que intervêm com a acessibilidade, como os fatores geográficos, financeiros, organizacionais e os socioculturais, com capacidade para dificultar ou facilitar a atenção à saúde. O autor exclui as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e de tomada de decisão na procura de serviços (Mogollon, 2004; Travassos e Martins, 2004).

Tendo como fundamento a proposta de Donabedian (1973), Frenk (1985), define a acessibilidade como o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de procura e obtenção de atenção. Para esse autor a acessibilidade refere-se à relação funcional entre o conjunto de obstáculos para a procura e obtenção de atenção (ou “resistência”) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (ou “poder de utilização”, o que o autor considera ser o acesso). Apesar de Frenk explicitar o fluxo de eventos entre a

necessidade e o desejo de obter atenção e a concretização do cuidado incluindo a continuidade, limita a acessibilidade às etapas de procura e entrada (Travassos e Martins, 2004).

Aday e Andersen (1974) preferem utilizar o termo acesso. Para estes autores o acesso é um dos componentes do sistema de saúde referente à organização dos serviços, levando em consideração tanto a necessidade e o desejo na obtenção da atenção, como a entrada no serviço e a continuidade dos cuidados, sendo importante a interação estabelecida entre as características da população e as do sistema. Assim, o acesso envolveria além da disponibilidade de serviços e recursos, a utilização por aqueles que os necessitem, destacando a importância da satisfação dos usuários.

Assim como Aday e Andersen (1974), Penchansky & Thomas (1981) utilizam o termo acesso, interpretando-o como Donabedian (1973), no grau de ajuste entre os pacientes e o sistema de saúde. No entanto estes autores ampliam o conceito de Donabedian, abrangendo outros atributos baseados na relação entre a oferta e a população, incluindo a perspectiva do usuário, medindo a satisfação com as diferentes dimensões de acesso propostas.

Starfield (2001) diferencia acessibilidade, característica da oferta, sendo um elemento estrutural que possibilita o primeiro contato com os serviços, de acesso, que se constituiria da forma em que a população experimenta a acessibilidade, permitindo o uso oportuno dos serviços com os melhores resultados possíveis, aproximando-se da definição Aday e Andersen (1974).

Desta forma, a indefinição na abrangência do conceito é evidente. O acesso se refere tanto à possibilidade de obter cuidados em saúde, ao ato de procurar por atenção ou à oferta real de serviços. Portanto, considerando-se os eventos ocorridos desde o momento que surge a necessidade da atenção médica até o início da utilização dos serviços de saúde e/ou da continuidade da atenção, o alcance dos domínios do conceito de acesso é variável (Travassos e Martins, 2004) e igualmente o é o modelo utilizado na sua análise. Existem autores que centram a análise do acesso nos fatores que dificultam

ou facilitam os processos de procura e obtenção da atenção (domínio estreito), (Donabedian, 1973; Frenk, 1985), podendo ou não ser incluída a continuidade da atenção (domínio intermediário) (Starfield, 2001). Outros estudos analisam além dos aspectos anteriores, os relativos às necessidades e as causas do desejo de atenção, que incluem processos culturais, cognitivos, de atitudes e de condutas, sendo estes últimos relacionados aos determinantes da utilização dos serviços (domínio amplo) (Aday e Andersen, 1974; Andersen e Newman, 1973).

Por fim, independentemente do conceito utilizado ou da sua abrangência, a maioria dos autores é unânime no sentido de considerar o acesso como uma dimensão do sistema de saúde associada à oferta e obtenção de serviços (Donabedian, 1973; Aday e Andersen, 1974; Pechansky & Thomas, 1981; Frenk, 1985; Starfield, 2001; Travassos e Martins, 2004; Travassos et al., 2006), sendo importante na sua avaliação a explicitação do enfoque utilizado, que definirá o modelo explicativo a ser seguido. Desta forma, o tipo de avaliação do acesso enfocando-o como ajuste (Donabedian, 1973; Frenk, 1985) se concentra na análise do mesmo através dos componentes relacionados às características da população e/ou da oferta (afiliação a um seguro de saúde, disponibilidade de serviços, etc.), enquanto que o enfoque que privilegia a utilização dos serviços (Aday e Andersen, 1974; Andersen e Newman, 1973), se propõe a avaliar o acesso através de seus resultados, ou seja, do acesso realizado (ou utilização dos serviços).

Dentre as muitas propostas de avaliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde, um dos modelos mais empregados é o clássico *modelo teórico de utilização dos serviços de saúde* de Aday e Andersen (1974), por proporcionar uma visão ampla do conceito, como será delineado a seguir.

3.2 - Modelo teórico de acesso de Aday e Andersen

Este modelo teórico cuja fase inicial data dos anos sessenta, motivou inúmeras críticas, análises e adaptações pelos próprios autores e por outros colaboradores ao longo de várias décadas. Na primeira versão na década de 60, o modelo foi desenhado para explicar apenas o uso dos serviços de saúde pelas pessoas, para definir e medir o acesso

equitativo à atenção em saúde. Os autores elaboraram as principais características individuais que influenciam o perfil de utilização de serviços de saúde, que são inter-relacionadas e agrupadas em três dimensões: *fatores predisponentes*, *fatores capacitantes* e as *necessidades em saúde* (Andersen, 1995), descritas a seguir:

a) Fatores predisponentes – existem previamente ao surgimento dos problemas de saúde, afetando a predisposição para usar os serviços de saúde. São inerentes às pessoas e por isto são considerados imutáveis por mudanças na política de saúde. Referem-se às características sociodemográficas e familiares: idade, gênero e raça; educação, ocupação, etnia, estrutura e membros da família e integração social (determinantes do status da pessoa na comunidade, que influem na capacidade de identificar fontes de recursos e manejar seus problemas) e às crenças frente à saúde: atitudes, valores e conhecimentos sobre a saúde e os serviços de saúde e que influenciam na percepção de necessidades e do uso dos serviços.

b) Fatores capacitantes – são fatores que facilitam ou limitam o acesso aos serviços de saúde e são suscetíveis à modificação mediante as políticas de saúde. Referem-se às capacidades individuais de procurar e receber cuidados em saúde. São diretamente ligados à oferta de serviços de saúde na comunidade em que as pessoas residem: (acesso geográfico, redes de apoio sociais e disponibilidade/proximidade/quantidade de serviços ofertados) e às condições econômicas individuais e familiares (renda, planos de saúde, fonte regular de atenção).

c) Necessidades em saúde – se expressam através da percepção e gravidade dos sintomas de doença e são considerados como os antecedentes mais importantes e imediatos do uso dos serviços. Referem-se tanto às condições de saúde percebidas pelas pessoas, quanto às diagnosticadas (avaliadas) por profissionais de saúde. As necessidades avaliadas representam o juízo profissional sobre a condição de saúde das pessoas e suas necessidades de atenção. As necessidades percebidas referem-se ao conhecimento de como as pessoas vêem sua própria condição de saúde e seu status funcional, que possam influir no seu julgamento sobre a necessidade de procurar ajuda profissional para estes problemas.

Na segunda fase do modelo, na década de 70, os autores incorporaram o sistema de saúde e a etapa de utilização dos serviços (Aday e Andersen, 1974; Aday e cols, 1984).

O acesso é considerado uma medida de política de saúde relativamente complexa, podendo ser definida como multidimensional composto de dois elementos, *acesso potencial* e *acesso realizado*, que de uma forma simplificada se definem como a presença dos recursos disponíveis e o uso de fato dos serviços de saúde, respectivamente, que serão pormenorizados a seguir:

Acesso potencial - analisa a presença no âmbito individual de fatores que predisõem a utilização dos serviços (atitudes, crenças, etc.), que capacitam (disponibilidade e organização dos serviços) e as necessidades de atenção à saúde dos indivíduos, que limitam ou ampliam o uso de serviços de saúde. São considerados os *fatores organizacionais* e as *características dos usuários dos serviços*.

a) Fatores organizacionais (disponibilidade dos recursos e organização da oferta): a disponibilidade se refere ao capital e ao trabalho destinado à prestação dos serviços (volume e distribuição) (Andersen e Newman, 1973); a organização, à maneira como o sistema dispõe de seus recursos para garantir uma oferta adequada dos serviços, considerando-se as condições na entrada e a estrutura. As condições de entrada, que incluem os obstáculos a superar antes de receber a atenção, compreendem o cardápio de serviços, horários de atenção, tempos de espera, distância percorrida para o atendimento (acesso geográfico); os fatores relacionados com a estrutura, que determinam o que sucede aos usuários uma vez tenham acedido aos serviços, analisam elementos da fonte regular de serviços, tendo uma incidência direta sobre o acesso realizado (uso dos serviços): tipo e localização do provedor, a extensão da cobertura, procedimentos regularmente utilizados para a prestação dos serviços, os processos de referência e contra-referência entre outros; os aspectos de saída analisam a possibilidade de prover continuidade aos serviços (Vásquez e Velandia, 2003).

b) Características dos usuários – são incluídos os distintos tipos de determinantes da utilização dos serviços: fatores predisponentes ao uso dos serviços de saúde: crenças e atitudes frente ao uso dos serviços, informação sobre funcionamento dos serviços, características sócio-demográficas (estrutura social do usuário); os fatores capacitantes à utilização dos serviços de saúde tanto a nível individual, familiar (renda, tipo de seguro, residência, procedência, etc), como comunitário (acesso geográfico, redes de apoio, organização dos serviços na comunidade) e finalmente, as necessidades de atenção em saúde da população (percebidas e avaliadas). Acrescente-se que as políticas de saúde também podem ser um importante determinante para a utilização dos serviços.

Acesso realizado (uso) - Refere-se à utilização de fato dos serviços de saúde, do ponto de vista institucional e das experiências dos usuários com o uso que fizeram destes serviços. A utilização dos serviços pode ser caracterizada em termos do tipo de serviços recebidos; do lugar onde a atenção é recebida; do propósito da utilização (preventiva, curativa, etc.) e do intervalo de tempo despendido. O conceito de acesso realizado é ampliado ao incluir um fator primordial, o nível de satisfação do usuário frente à solução de suas necessidades (Andersen, 1995).

Segundo Andersen (1995), pode-se inferir a equidade em saúde a partir da avaliação de quais os preditores do acesso realizado são dominantes. Assim, o sistema de saúde é considerado *equitativo* quando as principais variações na utilização são condicionadas por características demográficas e pelas necessidades em saúde, enquanto é *inequitativo* quando a estrutura social (em geral etnia), as crenças em saúde e os fatores capacitantes determinam quem receberá cuidados em saúde. Além disso, o autor informa que a avaliação do acesso deve ser feita de acordo com as diferentes características da atenção que determinam acessos igualmente distintos, a saber: tipo de cuidados (preventivos, curativos e de reabilitação); tipo de serviços (hospitalar ou ambulatorial); tipo de problemas de saúde (atenção básica, especializada ou de alta complexidade) (Andersen, 1995).

Uma terceira fase do modelo, na década de 80, explicita que os serviços de saúde deveriam manter e melhorar a condição de saúde da população, tanto a percebida pelos usuários como a avaliada pelos profissionais (Andersen et al., 1994). É reconhecido o impacto dos fatores contextuais (incluindo o componente físico, político e econômico) como um dos elementos mais importantes na compreensão do uso dos serviços de saúde.

A introdução da avaliação dos resultados em saúde estendeu a medida do acesso a outras dimensões importantes para as políticas e reformas da saúde: *o acesso efetivo e o acesso eficiente* (Andersen, 1995). O acesso efetivo é estabelecido quando a utilização dos serviços melhora a condição de saúde do usuário ou sua satisfação com a atenção recebida; o acesso eficiente refere-se ao aumento do nível de condição de saúde ou de satisfação em relação à quantidade de serviços de saúde consumida. O resultado do *acesso potencial* pode ser medido pelo uso dos serviços (acesso realizado) e o do *acesso*

realizado, pelo acesso efetivo e eficiente (Andersen, 1995; Travassos e Martins, 2004). A figura 9 mostra o modelo de Acesso de Aday e Andersen, segundo o diagrama de Gold (1998).

Figura 9 - Modelo de Acesso aos Serviços de Saúde de Aday e Andersen.



Fonte: Gold, 1998.

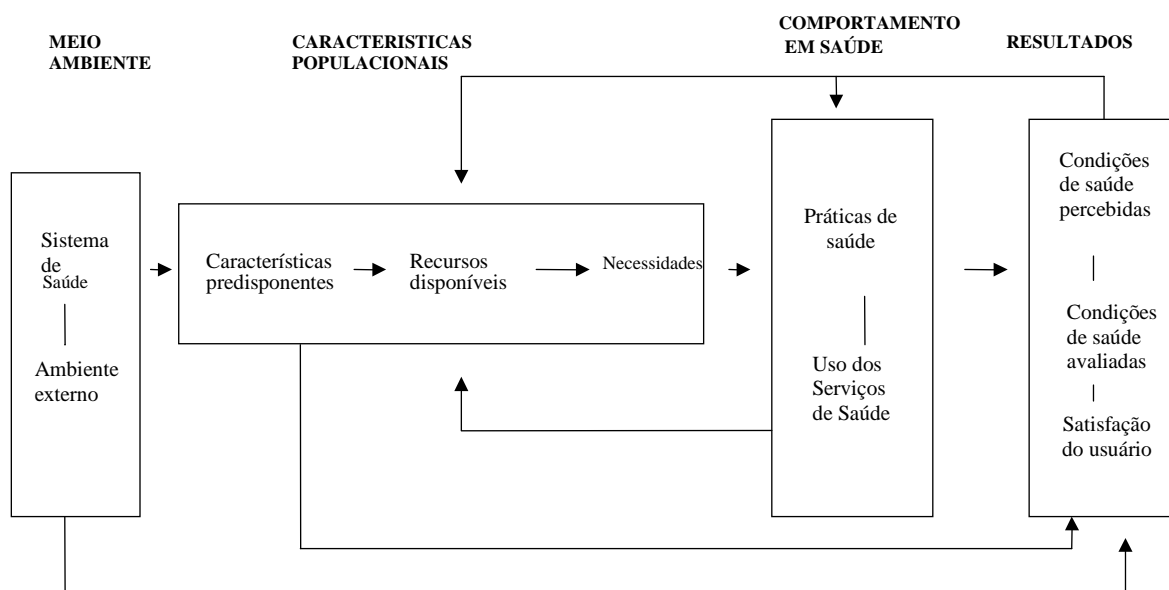
34.

Finalmente na década de 90, se inicia uma quarta fase, o modelo emergente, que enfatiza a natureza dinâmica do modelo de utilização dos serviços de saúde, incluindo os resultados na condição de saúde. Retrata as múltiplas influências envolvidas no uso dos serviços de saúde e, subseqüentemente, sobre estado de saúde.

Também inclui o mecanismo de retroalimentação mostrando que os resultados, por sua vez, afetam tanto os fatores predisponentes quanto a necessidade de saúde

percebida subsequentes, assim como as condutas em saúde. Portanto, a utilização é explicada como produto não apenas dos determinantes individuais, como também dos contextuais (determinantes do sistema de saúde e da sociedade) e da interação entre estes fatores, além da experiência prévia na utilização dos serviços (Andersen, 1995), (ver figura 10).

Figura 10 - Modelo Emergente do Acesso aos Serviços de Saúde.



Fonte: Andersen, 1995.

O modelo de acesso aos serviços de saúde proposto por Aday e Andersen segue sendo uma das propostas mais utilizadas em pesquisas sobre serviços de saúde por sua abrangência, uma vez que leva em conta a interação do usuário com o sistema de saúde, como também os resultados da utilização dos serviços. Desta forma, enaltece a importância da satisfação dos usuários e os resultados obtidos. A adoção dos pressupostos contidos neste modelo no âmbito da avaliação do acesso proporciona uma visão integral do tema, em virtude da ampliação da análise a partir de distintos fenômenos envolvidos no processo de oferta e procura por atenção em saúde.

3.3 – Acesso e acolhimento

O intenso debate nacional sobre a questão do acesso da população às ações e serviços ofertados pelo SUS, suscitou um grande interesse na investigação deste conceito, sendo agregadas dimensões relacionadas à qualidade no ato da atenção, que se relacionam ao tema do acolhimento (Franco et al., 1999; Assis et al., 2003; Ramos e Lima, 2003; Schimith e Lima, 2004; Araújo e Leitão, 2005; Bosi e Uchimura, 2006; Souza et.al., 2008).

Nesse sentido, a investigação do acesso associada ao acolhimento se reveste de grande importância pelo fato do mesmo ter sido incorporado como uma das diretrizes operacionais dos serviços de saúde no âmbito do SUS, apresentando-se como possibilidade de analisar a dinâmica e o processo para a acessibilidade a que os usuários estão submetidos nas suas relações com a oferta de serviços (Franco et al., 1999). Além disso, o acolhimento passa a ser um dos princípios norteadores do cuidado à saúde da criança, como preconizado nas diretrizes ministeriais da saúde infantil que assim o define: *receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas* (Brasil, 2005c).

Segundo Franco et al. (1999), o conceito de acolhimento como diretriz operacional para a reorganização do funcionamento dos serviços de saúde de forma centrada no usuário, apresenta as seguintes características: a garantia da acessibilidade universal, possibilitando o atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; o deslocamento do eixo central do processo de trabalho do médico para a equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), que realiza a escuta de todos os pacientes comprometendo-se com a resolução de seus problemas mais simples e/ou faz a referência, quando necessário; e a qualificação da relação trabalhador-usuário, com o resgate da solidariedade e da cidadania, resultando numa relação humanizada. Para estes autores, a equipe que acolhe propõe-se a ampliar o acesso aos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como um dispositivo para a reorganização do processo de trabalho (1999: 347).

Entretanto, distinto do conceito mais abrangente aceito no Brasil, entre os autores internacionais o acolhimento é mais restrito à dimensão da organização da atenção, a exemplo das características da Atenção Primária preconizada por Starfield (2002): porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção; enquanto Penchansky e Thomas (1981), o definem (*accommodation*) como uma das cinco dimensões do acesso, referindo-se à relação entre a forma de organização dos recursos para atender aos usuários (recepção, marcação de consultas, horários, etc.) e sua adaptação a esta organização.

Destaque-se que na perspectiva da maioria dos autores brasileiros o acesso e o acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (Souza et.al., 2008).

3.4 - Acesso e continuidade da atenção

Segundo Reid et al. (2003), a percepção do cuidado recebido por um paciente de seu provedor é o primeiro elemento da continuidade da atenção, sendo o segundo a continuidade deste cuidado ao longo do tempo (algumas vezes referida como continuidade longitudinal ou cronológica). Ambos os elementos devem estar presentes para a existência de continuidade e sua presença isolada não constitui tal conceito (2003: ii). Em outras palavras, a continuidade da atenção ocorre quando o paciente percebe receber cuidados de diferentes fontes de atenção à saúde interligadas em uma trajetória sem obstáculos e ao longo do tempo (Reid et al., 2003).

A continuidade do cuidado também pode ser definida como o resultado da capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção (Almeida et al., 2003).

Para Starfield (2002), a continuidade do cuidado também inclui a idéia da sucessão ininterrupta do processo e introduz o conceito de longitudinalidade, que indica uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e pacientes, em suas unidades de saúde no contexto da atenção primária (2002: 247), e prossegue: independente do tipo de problema de saúde, ou até mesmo da presença de algum problema (2002: 248), pressupondo além de uma fonte regular de atenção com o acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo, a valorização do usuário.

Reid et al. (2003), afirmam que apesar da diversidade de interpretações em torno do conceito, são reconhecidos três elementos essenciais da continuidade, que são atributos fortemente relacionados, variando em importância, a depender do provedor ou do processo da atenção, a saber: *continuidade de informação*, seria a experiência da atenção percebida entre o paciente e seu provedor, em que a informação dos eventos anteriores é usada para prover o cuidado apropriado para a circunstância atual; *continuidade de relacionamento* aproxima-se do conceito de longitudinalidade de Starfield (2002), quando é reconhecida pelo usuário a importância de um bom relacionamento interpessoal entre este e um ou mais provedores, não sendo apenas uma ponte entre cuidado passado e atual, mas promovendo o vínculo ao longo do tempo; e *continuidade administrativa* que se refere à provisão de serviços oportunos e complementares dentro de um plano de gerenciamento compartilhado, percebida pelo usuário.

É importante que se considere que no Brasil os conceitos de acolhimento, continuidade e de acesso estão imbricados com o da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS que significa considerar a atenção à pessoa de uma maneira global. Pressupõe ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação, com primazia da promoção; garantia da atenção nos três níveis de complexidade; abordagem integral dos indivíduos e das famílias (Giovanella et al., 2002). O conceito de integralidade no Brasil é considerado por vários autores como polissêmico, envolvendo vários sentidos (Cecílio, 1997; Conill, 2004; Mattos, 2004; Pinheiro, 2006; Mattos, 2006; Cecílio 2006; Costa, 2004; Pinheiro et al., 2007; Tesser e Luz, 2008), sendo sinteticamente conceituada em duas dimensões, interrelacionadas: uma individual, relacionada com a intensidade do cuidado no ato da atenção à saúde (considerando além do domínio biomédico os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito) e outra sistêmica, referente a uma atenção contínua e articulada numa rede integrada de serviços com a coordenação do cuidado ao indivíduo por todo o sistema de saúde (Pinheiro, 2006; Costa, 2004).

Assim, para Hartz e Contandriopoulos (2004), a integração dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (2004: S332).

Em suma, as dimensões do acesso apresentadas, incluindo o acolhimento e a continuidade do cuidado na garantia da integralidade da atenção, com a oferta de ações e serviços mais adequados em uma rede hierarquizada e ao longo do tempo, estão intimamente relacionadas, havendo uma multiplicidade de enfoques. Assim, caberá ao pesquisador o direcionamento do olhar privilegiando determinado atributo e a metodologia empregada para sua investigação, que neste trabalho enfatiza a avaliação do acesso e utilização dos serviços sob a perspectiva dos principais atores sociais envolvidos.

3.5 – A investigação do acesso à atenção à saúde no Brasil

No Brasil o acesso às ações e serviços de saúde tem sido tema de numerosos estudos iniciados timidamente na década passada e despertando grande interesse na atual, onde a investigação das iniquidades no acesso aos serviços de saúde merece grande destaque. Tais estudos abordam o tema acessibilidade e acesso, com maior ênfase à utilização serviços de saúde, à integralidade ou à descentralização das ações de saúde, enfocando-os nas características do sistema de saúde, da oferta e da população que procura por atenção.

Estudos utilizando metodologia quantitativa

As produções científicas se relacionam as revisões sobre o tema (Campos et al., 1990; Acurcio e Guimarães, 1996; Travassos e Martins, 2004), assim como a propostas de modelos para ampliar o acesso, admitindo que a descentralização permite o maior acesso aos usuários do sistema de saúde (Hortale et al., 2000; Oliveira et al., 2004). No entanto, houve uma preponderância de estudos sobre as dimensões acesso e utilização, tendo como base os dados secundários do Censo Brasileiro (PNAD/1998 e 2003), como se descreve:

Pinheiro et al., 2002, analisaram o perfil de morbidade referida, acesso e utilização dos serviços de saúde segundo gênero, idade e região urbana e rural com dados do PNAD/88. Os resultados mostraram que as diferenças de gênero na morbidade referida variam com a idade: desfavoráveis aos meninos até os 10 anos e às mulheres a partir dos 15 anos, aumentando até os 64 anos e reduzindo após esta idade; a alta prevalência de atendimento nos dois sexos indicou que as barreiras de acesso são pequenas, e a maioria das pessoas que procura serviços é atendida; o elevado percentual de não procura pelos serviços em relação às necessidades de atenção percebidas não variou entre os sexos, mas sugeriu que as principais barreiras de acesso além da falta de dinheiro,

preponderante na região rural, dependem da oferta, como horário incompatível e atendimento demorado (zona urbana) e dificuldade de transporte e distância do serviço (zona rural); foram encontradas diferenças de gênero quanto ao uso de serviços preventivos e hospitalizações, maiores para as mulheres (mesmo excluindo os partos), enquanto as diferenças nas taxas de uso de atenção curativa são pequenas;

Sawyer et al., 2002, utilizaram o Modelo Teórico de Aday e Andersen, estabelecendo níveis de utilização segundo os fatores predisponentes, de necessidades e capacitantes e encontraram um grupo com alta necessidade e predisposição e baixa capacitação, que correspondeu a 14% da população brasileira acima de 14 anos, composta predominantemente por idosos, que moram sós e têm grande necessidade de serviços especializados;

Travassos et al., 2006, estudaram as desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde em crianças e adultos de áreas urbanas e reafirmaram o padrão de que no Brasil o acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem.

Outras investigações avaliaram mudanças no perfil de utilização dos serviços após a implantação do PSF em áreas determinadas, a exemplo do estudo de Goldbaum et al., 2005, que analisaram dados da procura por assistência e utilização de serviços em duas amostras representativas da população coberta e não coberta pelo PSF em dois distritos do Município de São Paulo, Sudeste. Os autores não encontraram diferenças significativas no perfil de procura e de utilização segundo renda ou escolaridade nas áreas cobertas pelo PSF, enquanto entre a população não coberta, as razões de prevalência foram mais elevadas para maior escolaridade e renda, concluindo que o PSF pode estar contribuindo para maior equidade nas condições estudadas;

Conill, 2002, avaliou o acesso e a integralidade como categorias operativas, a partir da análise do caso de implantação do PSF em Florianópolis, região Sul. Os resultados mostraram: maior disponibilidade da oferta de ações do PSF para a população não beneficiária de planos de saúde, apesar da grande diversidade das práticas; um grau de implantação moderadamente adequado, apresentando maior integralidade na atenção;

existência de problemas no acesso, referentes à relação equipes/número de famílias assistidas e às dificuldades na referência para especialidades. A autora sugere que o direcionamento desta proposta de reorientação de modelo assistencial dependerá da capacidade de gestão aliada à conjuntura nacional, podendo tender à racionalização da atenção para populações mais ou menos excluídas do processo de produção, de legitimação política ou democratização, com qualidade nas práticas e no acesso.

Com relação à internação hospitalar, Oliveira et al., 2004, em estudo que investigou o efeito das condições da oferta e a configuração espacial, assim como os aspectos socioeconômicos da população e o contexto político-institucional sobre o acesso à internação hospitalar da rede do SUS nos municípios brasileiros no ano 2000, encontraram: que nos municípios de maior população e maior renda *per capita* a probabilidade de internação aumenta com a disponibilidade de leitos, de atenção básica e com a capacidade de internação local e diminui naqueles em que são maiores as distâncias a percorrer para conseguir a hospitalização. Os autores destacam a importância da regionalização do atendimento e na sua impossibilidade, a inclusão de mecanismos que viabilizem a garantia do transporte dos pacientes pelo sistema de referência.

Entre os estudos que enfocaram o acesso aos serviços de saúde no Nordeste, está o de Lopes et al., 2004, que desenharam uma metodologia para avaliar a organização, o acesso e a qualidade técnica do cuidado na atenção à doença diarreica na infância em um município do interior da Bahia. As autoras encontraram barreiras organizacionais relacionadas à porta de entrada no sistema dos serviços de saúde, já que na maioria das vezes o primeiro atendimento era feito em serviços hospitalares ou policlínicas. Apesar da existência de unidade básica de saúde próxima às casas das crianças, o acesso era prejudicado pela não flexibilização da rotina para atender pacientes após o término das fichas de atendimento;

Samico, 2003, realizou uma análise de implantação para avaliar a atenção à saúde da criança em dois municípios do interior de Pernambuco através de atributos da Atenção Primária e da estratégia AIDPI em unidades básicas de saúde com e sem PSF. Apesar da melhor adequação dos atributos da Atenção Primária nas unidades do PSF nos dois municípios, houve dificuldades quanto à dimensão do acesso. A integralidade da atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde apresentaram-se deficientes,

com sistema de referência e contra-referência inadequado. O estudo conclui a necessidade de uma melhor interação dos profissionais com os serviços e a comunidade, com o favorecimento de um adequado sistema de referência e contra-referência, além de uma maior agilidade no processo de descentralização e regionalização da atenção à saúde infantil, favorecendo os cuidados no nível local;

Kovacks et al., 2005, que investigaram a acessibilidade às ações básicas de saúde de crianças residentes em Recife, atendidas em hospitais de pronto socorro pediátrico da cidade, através da reconstrução das trajetórias de contatos com unidades de saúde no evento atual e caracterizando vínculos com a AB e adequação da morbidade ao perfil organizacional. O estudo demonstrou que os serviços de emergência são os mais procurados, com cerca de um terço de adequação e a despeito de quase todas as crianças serem cadastradas a um serviço de AB, menos que 20% o utilizaram durante o evento atual, isto sendo imputado menos às dificuldades da rede básica na garantia de acesso e resolubilidade do que à preferência pelos serviços de maior densidade tecnológica e sua grande legitimidade perante a população;

Os achados assemelham-se ao de Lopes et al., 2004, no sentido da porta de entrada preferencial das mães ser constituída pelo serviço de emergência em detrimento da AB. Porém, se diferencia na conclusão, pois encontraram que a AB é que apresenta barreiras ao acesso, enquanto para o estudo anterior a falha é mais relacionada à maior adesão das mães aos serviços de emergência.

Diante dos resultados dos estudos apresentados, destacou-se que a investigação do acesso das crianças à atenção à saúde, que utiliza preferencialmente métodos epidemiológicos e/ou avaliativos, demonstra a magnitude do problema, mas não aborda em profundidade a perspectiva dos principais atores sociais sobre as condições do acesso das crianças no processo dinâmico da procura e oferta por ações e serviços.

Estudos utilizando metodologia qualitativa

A produção científica do acesso aos serviços de saúde utilizando unicamente a abordagem qualitativa é amplamente difundida no Brasil (Uchimura e Bosi, 2002; Assis et al., 2003; Ramos e Lima, 2003; Araújo e Leitão, 2005; Nations e Gomes, 2007), entretanto os estudos abordam principalmente a dimensão do acesso associado ao acolhimento, que

pressupõe a escuta atenta e o tratamento respeitoso por parte dos profissionais de saúde no momento do contato, conceito relacionado à humanização das relações entre os profissionais e usuários (Deslandes, 2004; Dias e Deslandes, 2006; Santos et al., 2007; Souza et al., 2008). A humanização, por sua vez, implica em acolhimento e diálogo (Bosi e Uchimura, 2006).

Entre os resultados de alguns dos estudos que abordaram o acesso aos serviços de saúde na percepção dos usuários (Assis et al., 2003; Araújo e Leitão, 2005), foi revelado um número insuficiente de profissionais para a satisfação das necessidades em saúde da população adscrita, sendo apresentadas outras causas de barreiras ao acesso tais como serviços focalizados e seletivos, tecnologicamente atrasados e dirigidos ao usuário de baixa renda e à população excluída socialmente (Assis et al., 2003); dificuldades no acesso pelo oferecimento de serviços em horários incompatíveis com a demanda (Araújo e Leitão, 2005).

Ramos e Lima (2003), em Porto Alegre, região Sul, investigando a visão dos usuários de uma unidade de saúde sobre os fatores que influenciam a qualidade do atendimento relativa ao acesso e acolhimento, identificaram como principais barreiras ao acesso a má recepção e o desempenho profissional insatisfatório, sugerindo a necessidade da capacitação para o acolhimento como forma de melhorar o acesso;

Na mesma região, Schimith e Lima (2004), realizaram um estudo para identificar o potencial de acolhimento e de construção de vínculo entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família. As autoras observaram a existência de lacunas no acolhimento aos usuários, sobretudo no que se refere à abertura do serviço para a demanda, à responsabilização pelos problemas de saúde da população e ao estímulo à autonomia do usuário, definindo o acolhimento como um regulador do acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados.

Em resumo, os trabalhos realizados sobre acesso sob a abordagem qualitativa são insuficientes em relacionar com profundidade as barreiras ao acesso potencial com repercussões ao acesso realizado das crianças às ações e serviços, na perspectiva dos protagonistas envolvidos.

Justificativa e proposta teórica do estudo

É indiscutível que o Brasil implementou reformas sanitárias na perspectiva de proporcionar o acesso à saúde universal, equitativo, integral e de boa qualidade, e que o SUS brasileiro venha avançando no processo de reorganização do modelo assistencial, principalmente com a adoção do PSF como estratégia estruturante do referido modelo, tendo como eixo central o fortalecimento da Atenção Básica. No entanto, permanecem dificuldades quanto ao desenvolvimento de estruturas de âmbito regional para implementar concretamente uma rede assistencial regionalizada, hierarquizada e resolutive, sendo os desafios multidimensionais, discutidos a seguir.

O financiamento insuficiente e irregular, com repercussões importantes para a ampliação da cobertura para prover o acesso da população às ações e serviços de saúde resolutivos; a tênue definição do papel das instâncias gestoras (federal, estadual e municipal) co-responsáveis pelo SUS na implementação da rede hierarquizada de serviços; a complexidade do perfil de adoecimento e morte da população, com a sobreposição de doenças do “atraso” e do “desenvolvimento”, com concentração das primeiras nas regiões mais pobres; a desigualdade na oferta de ações e serviços de saúde que se concentram nas áreas mais desenvolvidas sócio-economicamente do País, estados e cidades, herança histórica do antigo modelo de saúde, refletindo a persistência de um sistema de saúde segmentado por grupos de renda, entre outros problemas.

Com especial referência à saúde infantil, apesar dos progressos alcançados através do grande número de programas, projetos, pactos e ações desenvolvidas nas últimas décadas, os indicadores de saúde demonstram que ainda existem obstáculos a serem superados para garantir o princípio constitucional do direito integral à saúde a todas as crianças brasileiras. Os índices de mortalidade infantil mesmo que bastante reduzidos, ainda são elevados, sendo inquietante a constatação da persistência de óbitos infantis que poderiam ser evitados através da melhoria do acesso às ações e serviços de saúde de qualidade, direcionados às crianças.

O problema torna-se ainda mais preocupante quando se constata que mesmo com

diretrizes governamentais sistematizando a atenção integral à saúde da criança a ser implantada em todos os municípios brasileiros, ainda existem lacunas importantes no alcance destes objetivos. Os obstáculos na consecução das intervenções propostas relacionam-se fundamentalmente a falhas na implementação das ações básicas viabilizadas principalmente por meio do PSF/PACS, que repercutem na insuficiência das ações promocionais e preventivas e no tratamento oportuno de agravos que contribuem para a persistência de óbitos infantis.

Com relação à cidade do Recife, apesar do indicador de mortalidade infantil apresentar uma tendência de redução cada vez mais constante, alcançando em 2007 a cifra de 13,0‰ nv, cerca de 65% e 21% destas mortes ainda podem ser reduzidas, por ações e serviços de saúde ou por intermédio de parcerias com outros Setores, respectivamente (Recife, 2008b).

Considerando-se por um lado a extensa documentação científica existente no Brasil sobre a mortalidade infantil evitável, os trabalhos sobre o tema vêm utilizando como ferramenta de investigação primordial a abordagem quantitativa, por meio de estudos epidemiológicos de base hospitalar, populacional ou de avaliação (Formigli et al., 1996; Hartz et al., 1996; Frias, 2001; Caldeira et al., 2001; Caldeira et al., 2002; Vidal et al., 2003; Guimarães et al., 2003; Ameida e Barros, 2004; Jobim e Aertes, 2008); e por outro lado, a importante, porém insuficiente produção científica que aborda o tema utilizando métodos de pesquisa qualitativa tem focado as dificuldades no acesso às ações de saúde enfatizando a perspectiva materna do óbito infantil (Scheper-Hughes, 1985; Nations e Rebhun, 1988; Haddad et al., 2002; Goulart et al., 2005), ou em estudos de base conceitual sobre a associação entre mortalidade infantil evitável e falta de apoio social às mães em exclusão social (Oliveira e Minayo, 2001).

No tocante à investigação do acesso aos serviços de saúde, igualmente a pesquisa científica brasileira utiliza metodologia quantitativa extensa e diversificada, enfocando a oferta, a utilização, a integralidade e a continuidade das ações de saúde, onde os autores evidenciaram distintas barreiras ao acesso, relacionadas à: questões geográficas e condições sociais, como composição étnica, renda e disponibilidade dos serviços no local onde as pessoas vivem (Travassos et al., 2006; Pinheiro et al., 2002; Sawyer et al., 2002; Oliveira et al., 2004); organização dos serviços, como insuficiência na rede básica

e referência e contra-referência inadequadas, indisponibilidade e/ou inflexibilidade de horários de atenção (Conill, 2002; Samico, 2003) e eleição dos serviços de emergência em detrimento da atenção básica (Kovacks et al., 2005; Lopes et al., 2004).

À semelhança dos estudos sobre a mortalidade infantil, a maioria deles não inclui nas investigações as percepções sobre o fenômeno estudado do ponto de vista dos seus protagonistas. Neste aspecto, os estudos nacionais que investigam o acesso orientados na direção de propostas de cunho qualitativo identificaram barreiras ao acesso relacionadas à dimensão do acolhimento, pelo oferecimento de serviços em horários incompatíveis com a demanda (Araújo e Leitão, 2005), acrescidos da não responsabilização da equipe pelo paciente (Ramos e Lima 2003) e má recepção e desempenho profissional insatisfatório (Schimith e Lima, 2004).

Apesar de bem fundamentados os estudos apresentados limitam-se na exploração de como as características das diretrizes governamentais que norteiam a saúde da criança, assim como as institucionais, dos usuários e contextuais influenciam no acesso e utilização das ações e serviços e na persistência do óbito infantil por causas evitáveis, desde a perspectiva dos principais atores sociais envolvidos neste processo.

Em outras palavras, existe a necessidade de se investigar e compreender a interação dialógica estabelecida entre as instituições, os profissionais e os usuários, uma vez que as políticas de saúde se materializam nos serviços mediante as (inter) ações dos atores sociais e suas práticas cotidianas, os quais podem ter diferentes visões de mundo e interesses subjacentes (Guba e Lincoln, 1992; Minayo, 2004). Partiu-se de um modelo teórico de acesso clássico e abrangente, o *Modelo Teórico de Utilização dos Serviços de Saúde de Aday e Andersen* (1974) para compreender como são as condições do acesso potencial e a utilização de fato dos serviços, o que permitirá a análise do acesso realizado, articulado a uma abordagem qualitativa, ampliando-se o escopo conceitual sobre o tema.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa contribuirão para: ampliar o escopo de conhecimento sobre o acesso às ações e serviços de saúde e sua influência na mortalidade infantil evitável por meio da abordagem qualitativa; aprofundar o aprendizado sobre o problema, ao investigar as condições do acesso potencial e realizado pelas crianças à

atenção à saúde, permitindo a análise da aplicação que está sendo dada às diretrizes governamentais sobre a prestação dos serviços de atenção à saúde infantil, privilegiando o protagonismo dos atores sociais; diversificar e fortalecer o instrumental técnico-científico de pesquisadores da região Nordeste brasileira; informar aos níveis gestores a re-definição de prioridades e de ações para melhorar a assistência às crianças, o que poderá contribuir para a redução dos óbitos infantis evitáveis por ações e serviços do Setor Saúde.

Perguntas da tese

Como são as condições de acesso das crianças às ações e serviços de saúde na cidade do Recife na perspectiva dos principais atores?

Como essas ações e serviços estão relacionados à mortalidade infantil evitável?

Perguntas derivadas

-Qual o conhecimento e opinião dos principais atores sobre as diretrizes governamentais de atenção integral à saúde da criança e sua aplicação na garantia do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito local?

-Quais os fatores que dificultam e/ou facilitam o acesso das crianças à atenção à saúde na percepção dos atores envolvidos?

-Como é percebida pelos distintos atores a relação entre o acesso das crianças às ações e serviços e a mortalidade infantil evitável?

Objetivos

Objetivo geral

Analisar como são as condições de acesso das crianças menores de um ano às ações e serviços de saúde na cidade do Recife e sua influência sobre a mortalidade infantil por causas evitáveis na perspectiva dos principais atores sociais.

Objetivos específicos

a – Analisar o conhecimento dos principais atores sobre as diretrizes governamentais que norteiam a atenção à saúde da criança e sua influência no acesso às ações e serviços de saúde.

b – Analisar a percepção dos atores institucionais sobre as condições de acesso das crianças às ações e serviços de saúde e sua influência na mortalidade infantil por causas evitáveis.

c – Analisar a percepção das mães sobre as condições de acesso dos filhos às ações e serviços de saúde e sua influência na mortalidade infantil por causas evitáveis.

Metodologia

1 - Desenho do estudo

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva de abordagem crítico-construtivista (Guba e Lincoln, 1992; Minayo, 2004), para desvendar a relação existente entre o acesso das crianças à atenção à saúde e a mortalidade infantil evitável por ações e serviços. O referencial teórico-conceitual proposto para a análise do acesso foi baseado no *Modelo Teórico de Utilização dos Serviços de Saúde de Aday e Andersen* (1974), um dos modelos explicativos mais aplicados neste âmbito, onde foram focalizadas as suas duas dimensões de acesso mais importantes: *acesso potencial* (fatores predisponentes, capacitantes e as necessidades de atenção) e *acesso realizado* (uso de fato dos serviços de saúde).

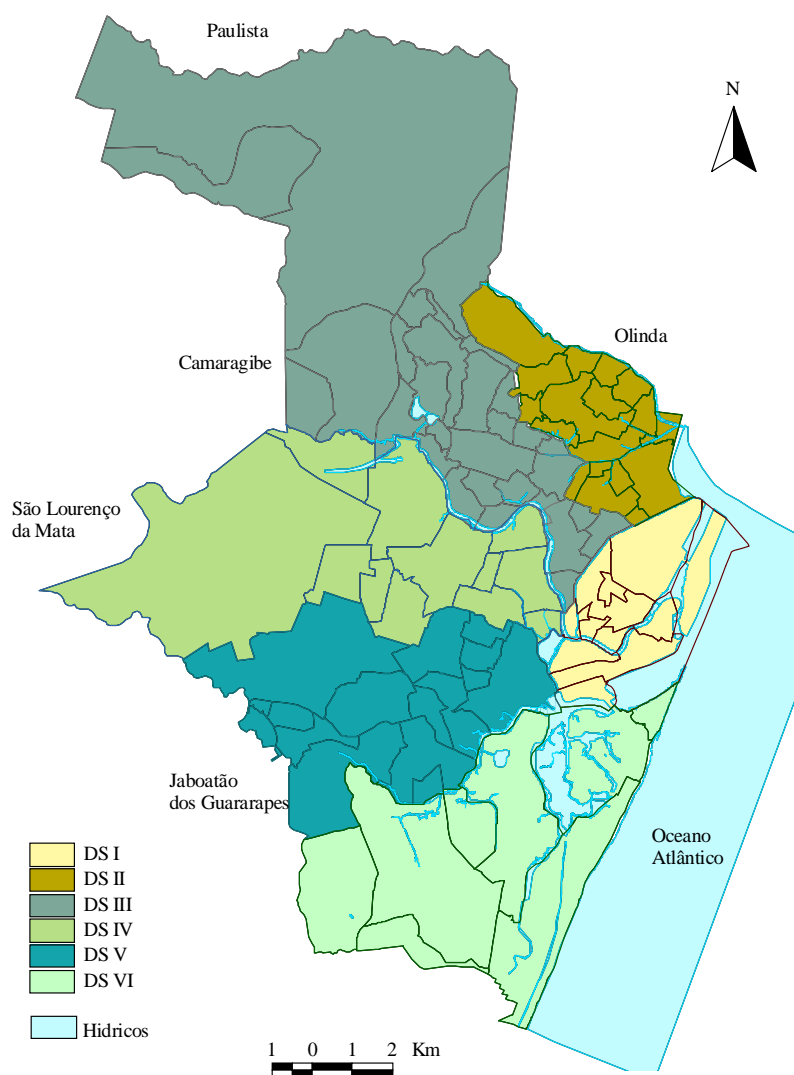
Seguindo o referencial proposto, as principais diretrizes governamentais de atenção à saúde da criança, as distintas características da oferta dos serviços, assim como aquelas dos usuários, facilitam ou limitam o acesso potencial e realizado às ações e serviços de saúde. Entretanto, dado que o real é múltiplo, diverso e contraditório, por ser uma construção social produzida por diversos atores para dar sentido às situações nas quais se inserem (Guba e Lincoln, 1992; Deslandes, 1997; Minayo, 2004), pretendeu-se, a partir de um esforço de construção teórica, indagar outras dimensões dessa realidade que vão além do marco teórico de acesso quantitativista utilizado. É importante que não se perca de vista que pela característica do estudo realizado a pesquisadora foi partícipe da comunicação dialógica, existindo uma profunda e dinâmica interação entre ela e os investigados.

O tipo do estudo não se propõe a generalizações dos resultados da amostra a uma população, porém utilizá-los para sugerir uma teoria ou proporcionar apoio empírico a uma teoria já existente (Patton, 1987; Guba e Lincoln, 1989; Pope e Mays, 2000; Fernández-Sanmamed, 2006). Almeja-se assim, ampliar o escopo conceitual relacionado aos fatores que influenciam no acesso das crianças à atenção à saúde e sua inter-relação com os óbitos infantis por causas evitáveis no contexto estudado.

2 - Área e período do estudo

O trabalho empírico foi desenvolvido no território do distrito sanitário I (DS I) da cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, na Região Nordeste do Brasil, no período compreendido entre o mês de fevereiro de 2007 a fevereiro de 2008. O DS I foi escolhido por apresentar persistentemente ao longo da presente década os maiores coeficientes de mortalidade infantil do Recife (ver capítulo 1, seção 1.1). Esse distrito está localizado na região central da Cidade, correspondente às localidades mais antigas que formaram o núcleo primitivo urbano, surgido no Porto do Recife e é limitado com todos os demais distritos, formando um semicírculo cujo limite leste é o oceano Atlântico. (Recife, 2001b). A figura 11 mostra a divisão territorial do Recife por Regiões Político-Administrativas e por Distrito Sanitário.

Figura 11 - Mapa da cidade do Recife por RPA/DS.



Fonte: Plano Municipal de Saúde, Recife, 2006.

O DS I possui área de 1.606 hectares e apresenta a menor população do Recife, com seus 84.882 habitantes residentes e 1.432 menores de um ano (população estimada para 2006 IBGE, Censo de 2000). É composto por três micro-regiões (MR), com seus 11 bairros, a saber: MR 1.1 - bairros do Recife e Santo Amaro; MR 1.2 – bairros da Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José e Soledade e a MR 1.3 – bairros dos Coelho e Ilha Joana Bezerra, com grande concentração de pobreza (ver anexo 3).

A composição da rede de municipal de atenção à saúde infantil do DS I contempla os serviços próprios de AB de uma UBT e dos PSF/PACS, Atenção Especializada em Policlínicas e Serviço Especializado de Alergologia, além do Laboratório Municipal e dos Laboratórios e Clínicas Radiológicas da Rede Conveniada. A Atenção de Média e Alta Complexidade é realizada por unidades dos serviços públicos estaduais, universitários ou filantrópicos e da Rede Conveniada Complementar (tabela 6).

Tabela 6 - Rede de Serviços de Saúde no DS I do Recife por Nível de Atenção

Características	Atenção Básica	Atenção Especializada de Média Complexidade	Atenção Especializada de Alta Complexidade
Unidades de Saúde	9 USF (15 ESF) 2 PACS (3 equipes) 1 UBS Tradicional	2 Policlínicas sem urgências 1 Centro de Alergologia	6 Instituições de Atenção Secundária e/ou Terciária
Tipo de serviços	Ambulatório geral Visitas domiciliares	Ambulatório básico Ambulatório especializado	Ambulatório especializado Urgências/emergências Hospitalização alta, média e baixa complexidade
Profissionais	ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista e médico	Médicos especialistas, enfermeiros, dentistas, psicólogos, nutricionistas, técnico de enfermagem	Médicos especialistas, enfermeiros, dentistas, psicólogos, nutricionistas, e demais profissionais de saúde
Gama de Serviços	Promoção, prevenção; Consulta curativa; Coleta de exames laboratoriais de baixa complexidade	Consulta preventiva (pré-natal); Consulta curativa Exames clínico-radiológicos de média complexidade	Consulta preventiva Consulta curativa Laboratório clínico-radiológico (1 municipal/5 conveniados) de média e alta complexidade Hospitalização e cirurgias em todos os níveis Recuperação em todos os níveis Terapêuticas de alta densidade tecnológica Atenção ininterrupta
Horários de Atenção	Diurno/dias úteis	Diurno/dias úteis	Atenção ininterrupta

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2007a.

3 - Amostra

Realizou-se uma amostra intencional e fundamentada por representatividade teórica, ou seja, as unidades amostrais foram eleitas procurando as que melhor respondessem às perguntas investigativas e que permitissem a descoberta e a interpretação do fenômeno estudado em profundidade (Patton, 1991; Miles e Huberman, 1994; Taylor e Bogdan, 1998; Ruiz-Olabuénaga, 1999). Dessa forma, o fechamento amostral foi obtido por saturação teórica (Glaser e Strauss, 1967) onde as entrevistas foram interrompidas quando as narrativas estavam redundantes não aportando novas contribuições para a reflexão emergente das informações do trabalho empírico em relação aos objetivos do estudo (Ruiz-Olabuénaga, 1999; March et al., 1999; Ribot et al., 2000; Minayo, 2004; Fontanella et al., 2008).

Partindo-se do pressuposto da natureza aberta, flexível e mutante do desenho amostral, uma vez que a despeito do marco teórico conceitual e das hipóteses iniciais o processo da investigação é circular (Cruz Neto, 2003; Mercado 2004; Fernández-Sanmamed, 2006; Bosi e Uchimura, 2006), existiram modificações de desenho da amostra inicial à final. Assim, no desenho inicial faziam parte das unidades da amostra instituições e atores institucionais de todos os níveis de complexidade de atenção à criança no território do DS I, configurando a atuação em rede de serviços integrada e hierarquizada. No entanto, com o início do trabalho de campo observou-se que as barreiras de acesso das crianças relacionadas aos óbitos infantis evitáveis encontravam-se preponderantemente no nível básico e de média complexidade, priorizando-se as entrevistas com os informantes desses níveis atenção na amostra final, que mostrou suficiência para a apreensão dos fenômenos investigados.

Tendo em vista o reduzido número de informantes e a necessidade de buscar diferentes percepções do problema, entrevistou-se o universo dos gestores relacionados à atenção à criança da Sede do DS I, todos os pediatras e diretores das duas Policlínicas e da UBT e todos os médicos do PSF, com exceção do que se recusou a participar do estudo.

4 - Estratégia de coleta dos dados

A estratégia de coleta de dados foi dupla, compondo-se de entrevistas com os principais atores e do estudo de caso de óbito infantil evitável. Os critérios que definiram os

diferentes perfis para a seleção da amostra teórica, a descrição do processo de seleção dos informantes, assim como a sua composição final descreve-se a seguir.

4.1 - Entrevistas com os atores

A amostra foi realizada em duas etapas, primeiramente foram selecionadas as instituições prestadoras de serviços de saúde direcionados às crianças no DS I e secundariamente, os informantes.

Etapa 1: Seleção das instituições

Critérios de seleção

Serem instituições componentes da Rede Municipal de Atenção Básica e de Média Complexidade do DS I de Recife, que ofereçam ações e serviços às crianças.

Composição final da amostra de instituições

Foram selecionadas todas as unidades de AB: todas as USF do PSF, os dois PACS e a única UBT; na Atenção de Média Complexidade selecionaram-se: o Centro Especializado e as duas Policlínicas e a Sede Administrativa do DS I. A composição final das instituições participantes se encontra no quadro 4.

Quadro 4 – Composição final das instituições participantes

Nível de complexidade	Instituição
-	Sede Administrativa do DS I
Básico	USF Coque USF São José do Coque USF Coelhos I USF Coelhos II USF Ilha Santa Terezinha USF Santo Amaro I USF Santo Amaro II USF Nossa Senhora do Pilar USF Cabanga Centro de Saúde Prof Cesar Montezuma (UBT)
Média Complexidade	Policlínica Waldemar de Oliveira Policlínica Gouveia de Barros Centro de Alergologia Dr S. Pinho

Processo de seleção das instituições

O convite foi realizado por contato pessoal da pesquisadora com os gestores do DS I, quando foram acordados e oportunizados os procedimentos para o contato com os informantes das demais instituições.

Etapa 2: Seleção dos informantes

CrITÉRIOS de seleÇÃO

Os informantes foram selecionados de acordo com os perfis definidos para possibilitar a obtenção de diferentes discursos de todas as micro-áreas do DS I, conforme se descreve:

a) Gestores - pessoas de ambos os sexos; ter vínculo com a instituição/serviço/programa de saúde independentemente do tempo de serviço ou idade; ser responsável pela coordenação no DS I de: Sede do DS I; Programa de Saúde da Criança; Departamento de Atenção à Saúde; Territórios das micro-áreas; Vigilância epidemiológica; Vigilância de óbitos e das USF.

b) Profissionais de saúde das Unidades Tradicionais e Policlínicas - pediatras, diretores e/ou coordenadores: pessoas de ambos os sexos; ter vínculo com a instituição/serviço de saúde independentemente do tempo de serviço ou idade; prestar assistência às crianças residentes no DS I.

c) Profissionais de saúde do PACS e PSF - médicos, enfermeiras e ACS: pessoas de ambos os sexos; ter vínculo com o programa de saúde independentemente do tempo de serviço ou idade.

d) Mães ou responsáveis pelas crianças de acordo com as seguintes características: criança com idade entre 28 a 365 dias completos no período da entrevista; residente na área territorial do DS I; terem utilizado os serviços de atenção à saúde infantil do DS I, adscritos ou não aos programas PSF e PACS.

Composição final da amostra de informantes

A composição final da amostra de informantes das entrevistas individuais resultou em: 11 sujeitos do grupo de gestores; 12 do grupo de diretores e pediatras das Policlínicas e UBT; 48 entre os profissionais do PSF e PACS (10 médicos; 12 enfermeiras, sendo 11 do PSF e 1 do PACS; 26 ACS, sendo 20 do PSF e 6 do PACS) e 20 mães. Só houve uma recusa por parte de um profissional médico de um dos PSF, que informou não dispor de tempo para realizar a entrevista. A composição final da amostra de informantes está contida no quadro 5 e as características socioeconômicas das mães no quadro 6.

Quadro 5 - Composição final da amostra de informantes

Categoria	Classificação	Total
Gestores	Gestor distrital	1
	Gestores de programas	8
	Gestores das USF	2
Subtotal		11
Profissional do PSF e PACS	Médico	10
	Enfermeira	12
	Agente Comunitário de Saúde	26
Subtotal		48
Profissional da unidade tradicional e Policlínicas	Pediatras	7
	Diretores de unidades	5
Subtotal		12
Mães das crianças		20
Total	-	91

Quadro 6 - Caracterização socioeconômica e demográfica das mães

Faixa etária	17 a 38 anos (4 adolescentes)
Situação marital	9 moravam com o pai da criança
Escolaridade	2º grau completo - 1 Fundamental completo - 7 Fundamental incompleto - 10 Analfabetismo funcional - 2
Ocupação	Sem ocupação - 10 Empregos informais (“bicos”) - 8 Trabalho com vínculo - 2
*Renda familiar mensal (salário mínimo)	≤ de 1 salário mínimo - 10 > de 1 salário mínimo - 10 (incluindo programas governamentais de transferência de renda)

*Salário mínimo em 2007 = 380,00 reais/200 dólares

Processo de seleção dos informantes

Durante o contato inicial com a gestora do nível distrital do DS I, realizado pessoalmente pela pesquisadora, foram fornecidas listagens nominais por cargo dos demais gestores e diretores dos serviços especializados, assim como se identificaram os possíveis informantes, segundo os perfis elegidos; os profissionais de saúde foram identificados através dos registros fornecidos pelos diretores ou coordenadores das unidades pesquisadas. Nesses contatos foi acordada a oportunidade de realização das entrevistas, quando eram apresentados os objetivos do estudo.

As mães das crianças menores de um ano foram identificadas entre as residentes no território do DS I através de: registros das unidades do PSF e na sala de espera das unidades; registros da enfermeira dos PACS e nas listagens e enfermarias dos serviços de urgências especializadas de Atenção de Média e Alta Complexidade.

As entrevistas eram agendadas previamente com as mães, exceto para as selecionadas nas emergências, quando eram realizadas simultaneamente à seleção. Para mães entrevistadas no domicílio a identificação foi feita pela *técnica de bola de neve* (Galindo, 1998), ou seja, uma vez estabelecido o contato com algumas informantes nas unidades dos PSF estas contribuíram para identificar e localizar as demais, quando eram acordados o dia e horário preferencial para sua realização.

4.2 - Estudo de caso de óbito infantil evitável

Os estudos de caso na sua dimensão qualitativa, além de evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real, ressaltam o contexto em que estas ocorrem (Minayo, 2005) e destacam as variações de um programa, dependendo da perspectiva dos diferentes atores envolvidos (Yin, 2005). Para realizar o estudo de caso do óbito, se aplicaram os seguintes critérios:

Critérios para a seleção do caso

a) Caso de óbito: criança falecida com idade entre 28 a 365 dias completos, residente na área territorial do DS I até o óbito; morte evitável por doenças e/ou agravos considerados evitáveis por ações e serviços de saúde, segundo os critérios de Ortiz (anexo 1), com ou sem hospitalização (ões) prévias; ter utilizado os serviços de atenção à saúde infantil da Rede de Saúde do DSI;

b) Profissionais de saúde envolvidos com o caso de óbito: profissionais que prestaram assistência à criança durante todo o percurso do nascimento ao óbito, que resultou em três profissionais da atenção básica do PSF (ACS, enfermeira e médica responsáveis pelo acompanhamento da mãe e da criança). Os profissionais do único serviço de média complexidade utilizado não foram identificados, pois foram consultas de urgência, não havia referência por escrito dos mesmos, seja na unidade do PSF ou com a mãe e os registros do pronto-atendimento não estavam disponíveis por ocasião do estudo.

Processo de seleção

Inicialmente analisaram-se os dados oficiais do DS I referentes aos óbitos infantis ocorridos no ano de 2007 (Recife, 2008b), selecionando-se na área de maior número destes eventos um óbito pós-neonatal por causa evitável por ações e serviços de saúde;

Foram contatadas duas profissionais da Sede do DS I envolvidas com a vigilância do

óbito pesquisado, explicado o motivo da investigação para obtenção da autorização e facilitação do acesso a toda a documentação referente à criança;

Através da documentação do óbito infantil elegido identificaram-se e selecionaram-se a mãe e as profissionais do PSF envolvidas com o caso, que foram convidadas a participar do estudo.

5 - Técnicas de coleta de dados

As técnicas qualitativas utilizadas para a obtenção das informações constituíram-se das entrevistas individuais semi-estruturadas e não estruturadas (caso do óbito), descritas a seguir.

Entrevistas individuais semi-estruturadas

A entrevista consiste em uma conversação profissional com uma ou com várias pessoas, em que se exercita a arte de formular perguntas e escutar respostas (Ruiz-Olabuénaga, 1999). A intenção da entrevista é a obtenção de informação através da fala dos atores sociais, com dois propósitos definidos: o amplo, da comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala e o restrito, um meio de coleta de informações sobre determinado tema científico (Minayo, 2004). Por ser interativa, permite tratar de temas complexos, como valores, atitudes e opiniões dos informantes explorando-os em profundidade (Aves-Mazzotti e Gewandsznajder, 2001).

Entre os tipos de entrevistas mais utilizados na investigação qualitativa, não estruturadas ou semi-estruturadas, utilizou-se o último, que permite certa direção (acompanhadas de roteiro). O roteiro de temas foi elaborado a partir da concepção teórico-conceitual da pesquisa, porém permitiu modificações na forma de perguntar, na seqüência das perguntas e no seu conteúdo, a partir do diálogo com as pessoas entrevistadas, sendo então readaptado.

Utilizaram-se três roteiros para as entrevistas, que tinham uma parte em comum e uma parte distinta: a) para os gestores, diretores, profissional médico e enfermeiro; b) para os ACS; c) para as mães das crianças (Apêndices 1, 2 e 3).

As entrevistas foram realizadas e gravadas exclusivamente pela pesquisadora em um número aproximado de duas por dia e foram levadas a cabo nos serviços de saúde, para todos os profissionais, porém fora do seu expediente de trabalho, nos dias e horários escolhidos por eles. Para as mães as entrevistas se realizaram nos serviços, em sala reservada para este fim, ou nas enfermarias durante a internação da criança e também no domicílio, neste último caso os dias e horários foram escolhidos por elas.

As entrevistas duraram em média 50 minutos, sendo o tempo mínimo de 30 minutos e máximo de uma hora e 50 minutos de duração e produziram 55 horas e 56 minutos de material registrado.

Através desta técnica de entrevistas foram abordados todos os objetivos da pesquisa. Procurou-se conhecer as percepções, expectativas, experiências e opiniões dos diferentes atores sobre as condições do acesso da criança menor de um ano residente no DS I às ações e serviços de saúde e sua influência na mortalidade infantil por causas evitáveis.

A pretensão foi desvelar o conhecimento dos atores sociais sobre o conceito de atenção adequada à saúde da criança; sua opinião sobre as diretrizes governamentais que orientam a saúde infantil e sua aplicação na oferta das ações e serviços de saúde; sua percepção sobre as características da oferta e aquelas das mães e do contexto social que podem facilitar ou dificultar o acesso das crianças às ações e serviços e exercer influência sobre os óbitos infantis por causas evitáveis.

Estudo de caso de óbito

A utilização do estudo de caso de óbito (abordagem dos objetivos b e c), realizado ao término das entrevistas individuais, procurou por meio do diálogo e da reconstrução das trajetórias assistenciais da criança que morreu por causas que poderiam ser evitadas, o aprofundamento da análise das questões relacionadas ao acesso realizado às ações e serviços de saúde. Descreveram-se os fatores que facilitaram ou as situações de conflito que emergiram no processo de interação entre os distintos atores envolvidos desde o primeiro serviço utilizado durante a trajetória de vida da criança até a sua morte. As técnicas utilizadas para o estudo do caso de óbito foram a revisão documental e as entrevistas individuais semi-estruturadas e não estruturadas, como se segue:

a) revisão documental – realizou-se a revisão de todos os documentos concernentes à trajetória assistencial da criança falecida: prontuários médicos e de enfermagem; anotações da ACS; cartão de vacinas; receituário médico prescrito; encaminhamentos da médica aos serviços de saúde; resumo de alta hospitalar; Guia de Remoção de Cadáver ao Instituto de Medicina Legal; Laudo da Causa do Óbito do Instituto de Medicina Legal; Declaração de Óbito; Ficha de Investigação de Óbito Domiciliar. Também foi solicitado consentimento para fotocopiar toda a documentação descrita. A revisão dessa documentação complementou algumas lacunas referentes aos dados epidemiológicos do óbito, como mais uma contribuição à análise dos eventos que determinaram a morte infantil que poderia ter sido evitada.

b) entrevistas não estruturadas com a mãe da criança – estas entrevistas utilizaram um mínimo de direção, por tratar-se de tema delicado em que a informante falou livremente (a entrevistadora apenas introduziu alguns tópicos, conforme roteiro (Anexo 4). Foram necessárias duas entrevistas para que ela se sentisse segura, havendo o estabelecimento de uma relação dialógica satisfatória. As entrevistas consideraram a maior disponibilidade e desejo da mãe em revelar os acontecimentos que levaram seu filho ao óbito e foram realizadas em local, dia e horário que lhes foram convenientes, com duração aproximada de uma hora cada.

c) entrevistas semi-estruturadas com os profissionais - foram realizadas como complemento às entrevistas com a mãe, com todas as profissionais do PSF envolvidas com o caso de óbito, relacionadas direta ou indiretamente com a assistência à doença que levou a morte. Nestas entrevistas foram aprofundados alguns aspectos relativos à atenção prestada que enriqueceram as narrativas da mãe, mediante roteiro específico (Apêndice 5).

O trabalho de campo para o estudo de caso do óbito teve início em 10 de janeiro e término em 25 de fevereiro de 2008.

6 - Análise dos resultados

A análise dos dados pode se definir como um conjunto de manipulações, transformações, operações, reflexões e comprovações que se realizam sobre os dados para que se possa extrair o significado relevante relacionado ao problema de pesquisa. No processo de análise se distingue o momento analítico, onde se determina *o que acontece e como acontece* e o momento explicativo e interpretativo, em que se busca *por quê os fatos acontecem da maneira que acontecem* (Taylor e Bogdan, 1998; Mays e Pope, 2000).

Tendo em vista a particularidade da investigação qualitativa de ser um processo circular e flexível, onde a coleta de dados e a análise se superpõem no tempo e se retroalimentam (Vázquez e da Silva, 2006), a análise nesta pesquisa foi realizada de forma progressiva. Iniciou-se mediante a reflexão sobre os temas contidos no marco teórico e os que surgiram dos dados, precipitando o desenvolvimento das idéias que deram sentido aos resultados. Por ser um processo interativo, por várias vezes houve a necessidade de se voltar aos dados e ao marco conceitual para repetir a análise realizada anteriormente (Guba e Lincoln, 1989).

O processamento dos dados foi feito manualmente, se constituindo como unidades de análise os diversos tipos de informantes: gestores, profissionais de saúde e as mães dos usuários. Para a análise do material empírico se utilizou a técnica de análise de conteúdo temática, considerando-se o *tema* como uma unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado de acordo com os critérios estabelecidos no marco teórico-conceitual (Bardin, 1979). Segundo a autora: “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido” (1979: 105).

O percurso da análise realizou-se como a seguir : inicialmente, realizou-se a leitura exaustiva e repetida de todo o material empírico proveniente das entrevistas e do diário de campo para uma compreensão global dos fenômenos; procedeu-se à segmentação dos dados por grupo de informantes e por temas concernentes aos aspectos abordados, identificando-se os distintos núcleos de sentido emergentes que convergiam para um significado comum, precipitando-se a elaboração das categorias e subcategorias que

proporcionaram maior significado aos dados (Patton, 1987; Guba e Lincoln 1992; Miles e Huberman, 1994; Vázquez e da Silva, 2006).

Desta maneira, as categorias foram elaboradas de forma mista, a partir dos roteiros das entrevistas e emergentes dos dados. A análise foi realizada primeiramente para cada grupo de informante e posteriormente de forma comparativa. Numa segunda etapa da análise, o momento analítico, procedeu-se à descrição dos resultados, estabelecendo-se os principais consensos e dissensos ou contradições emergentes. E finalmente, realizou-se a interpretação das informações, revelando relações e possíveis explicações ou hipóteses que deram sentido aos achados.

A partir das informações obtidas em todas as etapas relatadas foram identificados quais são os fatores que atuam os que facilitam ou dificultam o acesso das crianças às ações e serviços de saúde e sua influência na mortalidade infantil por causas evitáveis, na visão dos atores sociais envolvidos. Ao mesmo tempo, foram propostas recomendações de melhoria do acesso às ações e serviços de saúde infantil que contribuam para a diminuição da mortalidade infantil evitável. As categorias e subcategorias de análise apresentaram distinções intrínsecas ou apenas de ordem de importância nas citações, a depender do grupo de informantes, entretanto optou-se por colocar as semelhanças no mesmo plano para efeito didático, recuperando-se a ordem no capítulo dos resultados (quadro 7).

Quadro 7 - Categorias e subcategorias de análise do acesso potencial por grupo de atores

Categorias Sub categorias	Gestores	Profissionais das Policlinicas e UBT	Profissionais dos PSF e PACS	Mães
Conceito de atenção adequada	-Ações promocionais e preventivas na AB -Coordenação assistencial -Acolhimento -Integralidade -Intersetorialidade	-Ações preventivas -Garantia da oferta de boa qualidade -Coordenação assistencial -Acolhimento -Integralidade -Trabalho em equipe	-Atenção preventiva/curativa AB - - -Humanização -Trabalho em equipe/compromisso	- -Garantia do atendimento de boa qualidade -Acolhimento -Humanização
Conhecimento da política de atenção integral à saúde da criança	-Ações preventivas -Consoante com as políticas -Vigilância à criança de risco -Ações preventivas ao óbito infantil -Desconhecem	-Ausência de programa específico para a criança - - - -Desconhecem	- -Consoante com as políticas -Vigilância à criança de risco -Restrito à AB	- - - - -Desconhecem

Categorias Sub categorias	Gestores	Profissionais das Policlínicas e UBT	Profissionais dos PSF e PACS	Mães
Aplicação da política de atenção integral à saúde da criança	Oportunidades: - Barreiras: -centralização e desarticulação das ações -má divulgação das políticas em todos os níveis -fragilidade das ações intersetoriais	Oportunidades: -Programa de Imunização Barreiras: -má divulgação das políticas -má divulgação do modelo assistencial -discordância da atenção infantil feita no PSF	Oportunidades: -Programa Nacional de Imunização; Implantação PSF/PACS Barreiras: -má divulgação das políticas em todos os níveis -fragilidade das ações intersetoriais	Oportunidades: -ações preventivas por enfermeiras Barreiras: -má divulgação das ações e serviços -discordância da atenção infantil feita no PSF
Características da oferta de ações e serviços	Oportunidades: -acessibilidade -consultas preventivas e de pediatria -exames clínico/Rx na AB -marcação/ACS e Central Regulação Barreiras: -insuficiência global de recursos -inadequação de recursos humanos -falhas na organização dos serviços -barreiras de acesso entre níveis assistenciais -falha na AB na responsabilização pela criança	Oportunidades: -acessibilidade -consultas preventivas e de pediatria -exames clínico/Rx na AB -marcação para PSF e PACS e Central Regulação Barreiras: -insuficiência global de recursos -inadequação de recursos humanos -falhas na organização dos serviços -barreiras de acesso entre níveis assistenciais	Oportunidades: -acessibilidade -consultas preventivas e de pediatria -exames clínico/Rx na AB -marcação/ACS e Central Regulação Barreiras: -insuficiência global de recursos -inadequação de recursos humanos -falhas na organização dos serviços -barreiras de acesso entre níveis assistenciais -Policlínicas com pouca resolutividade	Oportunidades: -acessibilidade -consultas preventivas e de pediatria -exames clínico/Rx na AB Barreiras: -insuficiência global de recursos -inadequação de recursos humanos -falhas na organização dos serviços -barreiras à consulta médica no PSF -barreiras à consulta de urgência no PSF -ausência de pediatra no PSF -demora no atendimento nas urgências
Características maternas e contextuais sociais	-Condição socioeconômica familiar precária -Baixo nível educacional -Fraca rede de apoio social -Violência e uso de drogas	-Condição socioeconômica familiar precária; -Baixo nível educacional -Fraca rede de apoio social -Violência urbana -Pouco conhecimento sobre a utilização dos serviços	-Condição socioeconômica familiar precária; -Baixo nível educacional -Fraca rede de apoio social -Violência urbana e uso de drogas -Pouco conhecimento sobre a utilização dos serviços	-Condição socioeconômica familiar precária -Indisponibilidade financeira para compra de medicamentos -Fraca rede de apoio social -Violência urbana e uso de drogas -Procura tardia pelo serviço de saúde
Conhecimento da política de atenção integral à saúde da criança	-Ações preventivas -Consoante com as políticas -Vigilância à criança de risco -Ações preventivas ao óbito infantil -Desconhecem	-Ausência de programa específico para a criança - - - -Desconhecem	- -Consoante com as políticas -Vigilância à criança de risco -Restrito à AB	- - - - -Desconhecem

Categorias Sub categorias	Gestores	Profissionais das Policlínicas e UBT	Profissionais dos PSF e PACS	Mães
Aplicação da política de atenção integral à saúde da criança	Oportunidades: - Barreiras: -centralização e desarticulação das ações -má divulgação das políticas em todos os níveis -fragilidade das ações intersetoriais	Oportunidades: -Programa de Imunização Barreiras: -má divulgação das políticas -má divulgação do modelo assistencial -discordância da atenção infantil feita no PSF	Oportunidades: -Programa Nacional de Imunização; Implantação de PSF/PACS Barreiras: -má divulgação das políticas em todos os níveis -fragilidade das ações intersetoriais	Oportunidades: -ações preventivas por enfermeiras Barreiras: -má divulgação das ações e serviços -discordância da atenção infantil feita no PSF

7 - Rigor metodológico

É pertinente que seja explicitado que em qualquer processo de investigação independentemente da abordagem utilizada, sempre existirá a possibilidade do surgimento de ameaças ao rigor científico. Na pesquisa qualitativa a confiabilidade é obtida através do controle de sua qualidade, que é realizado ao longo de todo o processo investigativo, desde a congruência entre a pergunta da pesquisa com o método eleito, à descrição detalhada de todo o processo: o desenho e a amostragem, o trabalho de campo, a análise dos dados e a divulgação dos resultados, o que constitui a coerência teórico-metodológica.

No presente estudo, a pesquisadora procurou se acerrar das estratégias preconizadas na pesquisa qualitativa para garantir a qualidade e a veracidade dos resultados. Procurou-se selecionar perfis de informantes que aportassem o mais amplamente possível os problemas da investigação, razão pela qual para que se atingisse a saturação dos discursos o número de atores foi relativamente elevado para o tipo de estudo em tela. Foi realizada uma seleção criteriosa da amostra, com técnicas de coleta de dados adequadas aos objetivos, aliadas a uma estratégia de análise dos resultados explícita, sistemática e clara que pretendiam garantir a validade dos resultados (Mays e Pope, 2000). Além disto, para um maior fortalecimento da análise, utilizou-se a técnica da *triangulação* (Patton, 1987; Guba e Lincoln, 1992; Mays e Pope, 2000), que consistiu na comparação do mesmo fenômeno através do ponto de vista de diversos grupos de informantes e da utilização de diferentes técnicas de coleta dos dados (entrevistas semi-estruturadas e análise documental e entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas no

estudo de caso do óbito infantil). Outro procedimento utilizado cotejando a minimização de possíveis erros em um processo de análise criativo e subjetivo, onde pesquisador e pesquisados interagem, característico desta abordagem, foi a participação de uma *analista externa* (Guba e Lincoln, 1992; Vázquez e Da Silva, 2006), com expertise na análise de dados qualitativos.

As entrevistas foram transcritas textualmente por três técnicos distintos, sob a supervisão da pesquisadora, que confrontava o material transcrito com a escuta das gravações, complementadas com as anotações do Diário de Campo da pesquisa que continha impressões iniciais, interpretações preliminares, ou alguma narrativa relatada após a gravação, que foram utilizadas como enriquecimento para a análise dos dados. O trabalho analítico foi realizado pela pesquisadora, sob a supervisão constante da orientadora da tese.

8 - Limitações metodológicas

É mister destacar o papel desempenhado pela pesquisadora de partícipe da comunicação dialógica, com seus valores, crenças e ideologias que podem (e eventualmente devem) ter causado alguma distorção, tanto no processo de coleta quanto na análise e interpretação das informações. Entretanto, sua atuação no movimento sanitário pernambucano na década de 1980 na implantação do modelo de atenção à saúde ora vigente, como pediatra comunitária em uma das primeiras experiências de atenção primária à saúde precursora do PSF no Brasil (Vanderlei e Braga, 1986), foi uma preocupação sempre presente para evitar distorções nas conclusões dos achados. Além disso, a “auditoria” da analista externa em todas as fases da pesquisa e principalmente na análise dos dados contribuiu em minimizar esta possível intervenção involuntária da investigadora nos resultados.

Como a revisão bibliográfica utilizou preponderantemente textos escritos em português, espanhol e inglês, a exclusão de publicações em outros idiomas pode ter diminuído a visão da problemática em estudo.

Também se fez necessário destacar algumas dificuldades encontradas no curso do trabalho de campo, como se segue:

No início do trabalho de campo, foi constatado que o agendamento das entrevistas nas USF do PSF trazia um viés à pesquisa, uma vez que os ACS que realizavam as marcações “elegiam” as mães que tinham opiniões favoráveis quanto aos profissionais e aos serviços. Dessa forma, optou-se por entrevistar a maioria das mães que levavam as crianças nas Policlínicas e pronto atendimento das emergências, em local apropriado, no momento de espera das consultas ou por ocasião da sua hospitalização. Assim como algumas foram entrevistadas no domicílio;

A necessidade de remarcação de entrevistas para quase todos os gestores e profissionais médicos e enfermeiros (para um desses foram necessárias cinco remarcações), e as interrupções freqüentes durante as entrevistas para o atendimento de telefonemas por parte de alguns deles, apesar das terem sido realizadas fora dos horários laborais;

Nas entrevistas com os ACS e mães das crianças as dificuldades estavam relacionadas ao tempo disponível e ao local das entrevistas. Enquanto os agentes de saúde preferiram ser entrevistados no seu dia de trabalho na unidade, o que os sobrecarregava, além de causar alguns transtornos ao serviço, as mães foram entrevistadas junto com seu filho, por ocasião da consulta médica ou de enfermagem, ou no domicílio, o que nem sempre lhes dava a tranqüilidade necessária para a entrevista. Isto implicou algumas vezes na rapidez das entrevistas, sendo contornado pela marcação prévia para muitos ACS fora do horário laboral e pelo aumento de participantes, para o alcance da saturação teórica; A sensação de insegurança e perigo em grande parte da área eleita, por questões da violência urbana decorrente do entorno caracterizado como área de tráfico de drogas, se constituiu num obstáculo de acesso à investigadora retardando a pesquisa, já que a mesma só podia aceder a determinadas áreas acompanhadas do ACS local, que nem sempre se mostrou disponível.

9 - Aspectos éticos

Consideraram-se as diretrizes para Pesquisa com Seres Humanos para proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa, conforme os aspectos éticos apontados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196. Diário Oficial da União 1996; 10 Outubro).

A pesquisa não envolveu riscos para os participantes, não houve métodos experimentais nem condições que afetassem sua integridade pessoal e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) (Anexo 4) e pela Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, segundo Carta de Anuência (Anexo 5).

Antes do início das entrevistas foram apresentados a todos os informantes os objetivos do estudo e solicitado seu consentimento para participação por escrito, assim como foram entregues as cópias do Projeto, da Carta de Anuência da Prefeitura de Recife e da Declaração do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP. Os entrevistados aceitaram participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguido da assinatura de testemunha (Apêndices 6, 7 e 8).

Conservou-se o anonimato dos participantes e instituições envolvidas no estudo, utilizando-se nomes fictícios ou códigos, seguidos de números, como se segue:

Os participantes institucionais foram codificados por códigos segundo atividade profissional, seguidos de números: G – gestores da sede distrital; Geradm (gerentes das unidades); UB (diretor das Policlínicas e UBT); PED (pediatras das Policlínicas); MED (médicos do PSF); ENF (enfermeiras do PSF); Enf PACS (enfermeira do PACS); PSF (ACS do PSF); PACS (ACS do PACS); as mães foram codificadas apenas por números. A criança do caso de óbito e sua mãe receberam os nomes de Maria do Céu e Maria das Dores, respectivamente.

Resultados

Os resultados obtidos no presente estudo serão apresentados através da descrição da visão dos diferentes atores envolvidos no processo sobre as condições do acesso das crianças residentes no DS I de Recife às ações e serviços de saúde e sua influência na mortalidade infantil por causas evitáveis.

Neste capítulo, que corresponde ao produto do momento analítico do estudo, através dos consensos e dissensos emergidos das narrativas dos informantes, será revelado *o que acontece e como acontece*. As citações que melhor exemplificaram os dados foram assinaladas com caracteres itálicos, com as autorias dos fragmentos de relatos substituídas por códigos, de forma a que seja mantido o anonimato dos informantes e das instituições. Posteriormente, no capítulo de discussão, que corresponderá ao momento explicativo e interpretativo, se desvelará *porquê os fatos acontecem da maneira que acontecem* (Taylor e Bogdan, 1998; Mays e Pope, 2000).

As análises dos discursos dos grupos de atores serão descritas e apresentadas como a seguir: inicialmente será descrito o conceito dos informantes sobre a atenção à saúde infantil que consideram adequada, sua visão sobre as condições do acesso das crianças às ações e serviços de saúde a partir das diretrizes da política de saúde a elas direcionada e sua aplicação no território do DS I de Recife; a seguir serão reveladas as opiniões dos atores entrevistados sobre as características institucionais no âmbito do SUS, assim como as maternas e contextuais que podem facilitar ou dificultar o acesso das crianças à atenção à saúde.

Em todas as seções se desvelará a percepção dos atores com relação à influência desses fatores sobre a persistência de óbitos infantis por causas evitáveis. Após a apresentação de cada categoria analisada, mostra-se um resumo das dificuldades identificadas pelos entrevistados e suas conseqüências no acesso das crianças à atenção à saúde e sobre os óbitos infantis evitáveis. Finalmente, se descreverão as sugestões de todos os grupos de informantes sobre as estratégias para a melhoria do acesso das crianças à atenção à saúde e para a redução da mortalidade infantil evitável. A organização das seções será realizada por grupo de informantes: seção 1) gestores; seção 2) pediatras e diretores das

Policlínicas e Unidade Básica Tradicional; seção 3) profissionais do PSF e PACS e seção 4) as mães das crianças.

Ao término deste capítulo será descrito um caso de óbito infantil pós-neonatal ocorrido na área de estudo revelando a cadeia de eventos que culminaram com a morte da criança por causa evitável, passível de prevenção por ações e serviços de saúde. Os nomes da mãe e da criança são fictícios para manter seu anonimato.

1 – Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde: gestores

Nesta seção se descreve o conceito dos gestores sobre a atenção à saúde infantil que consideram adequada, seu conhecimento sobre as diretrizes governamentais que norteiam a saúde da criança e sua aplicação no território do DS I de Recife. Seguem-se as opiniões desse grupo de atores sobre as características institucionais no âmbito do SUS, assim como as maternas e contextuais que podem facilitar ou dificultar o acesso das crianças à atenção à saúde. As narrativas também revelam a influência dos distintos fatores na prevenção da mortalidade infantil evitável.

1.1 - Conceito de atenção adequada à saúde da criança

Quase todos os gestores revelaram uma compreensão fragmentada sobre o conceito de atenção adequada à saúde infantil, uma vez que enfatizam principalmente as ações de promoção e prevenção e a longitudinalidade da atenção, com alguns depoimentos pontuais sobre aspectos do cuidado individual, da intersetorialidade das ações, do acolhimento e da coordenação assistencial.

Destacando a longitudinalidade na atenção básica. Para a maioria dos gestores uma atenção adequada à criança é realizada com o seu seguimento ao longo do tempo, compreendendo desde o início da gestação da mãe, através das ações do pré-natal de boa qualidade e da garantia do nascimento seguro, além do acompanhamento da criança após o nascimento. Enfatizam a promoção e a prevenção da saúde na atenção básica, omitindo os demais níveis de complexidade da atenção: ... *a questão de todo pré-natal... bem acompanhado, ao momento do parto certo, os primeiros dias, tudo, até os cinco anos, eu acho que ai seria ideal (G7).*

Destacando a coordenação assistencial. Para alguns gestores a visão de atenção adequada está associada à atenção contínua e articulada do cuidado, com ênfase nos aspectos da coordenação administrativa, que se refere à provisão de serviços oportunos e complementares com gerenciamento compartilhado: *A atenção ideal incluiria o atendimento simultâneo da criança por várias categorias profissionais, em uma mesma oportunidade...* (G6); assim como na importância da atenção ser prestada por um mesmo profissional, resgatando a

história pregressa da criança: *A atenção deveria ser realizada ... se possível, pelo mesmo profissional que sabe a história toda da criança...* (G8).

Destacando a intersectorialidade. Para alguns informantes a atenção adequada à saúde infantil incluiria a articulação das ações de saúde às de outros setores institucionais, com o estabelecimento de parceria com os que têm interface com a saúde, como habitação, aporte de água e saneamento adequados, educação, etc.: *... o entendimento de que a saúde da criança vai além deste Setor, é necessário a integração de ações intersectoriais, com o envolvimento por parte do Governo com as políticas sociais como habitação, saneamento, educação e lazer* (G1).

Destacando o acolhimento. Um único informante relatou que o bom atendimento começaria por um bom acolhimento, com a recepção de toda a criança que procura o serviço, independente de agendamento prévio, com escuta qualificada aos seus problemas, tornando mais resolutivo o primeiro contato com os serviços de saúde: *... ouvindo realmente qual o problema ... dando toda a orientação à mãe, para o encaminhamento correto do caso ... até porque muitas vezes são problemas pequenos que no acolhimento talvez já fosse até resolvido, não necessitando gerar uma consulta, uma espera para o usuário... independente de marcações...*(Gadm 1).

Relacionado à integralidade da atenção. Finalmente, e também um só informante percebe a abrangência completa dos conceitos contidos nas diretrizes que norteiam a atenção infantil fundamentada na integralidade da atenção, relacionada à atenção articulada nos diversos níveis de complexidade, com ações preventivas e curativas, além do trabalho intersectorial, que inclui o “empoderamento” das pessoas no cuidado à saúde: *Seria a organização da atenção à saúde por nível de complexidade, desde a promoção da saúde num trabalho intersectorial, um trabalho de empoderamento das mães, das famílias, sobre a saúde das crianças, para um trabalho relacionado à prevenção, diagnósticos precoces, tratamento adequado e recuperação da saúde...* (G1); entretanto, alguns informantes enfatizaram a abrangência do cuidado no ato da atenção, considerando o domínio biomédico e os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito: *... devendo-se direcionar o olhar para uma forma ampliada de atenção não só em relação à saúde física, como também à saúde psicológica...* (G9).

1.2 – Política de atenção à saúde da criança

Apesar dos diferentes níveis de conhecimento da política de atenção à saúde da criança por parte dos gestores, houve unanimidade nas narrativas sobre as dificuldades relacionadas à falhas no conteúdo da política, na sua aplicação e divulgação nos distintos níveis hierárquicos do sistema com importantes repercussões sobre a prevenção dos óbitos infantis por causas evitáveis por ações e serviços de saúde. Não houve narrativas sobre as oportunidades na aplicação da política.

Conhecimento da política

A maior parte dos gestores relatou um conhecimento pouco abrangente sobre as políticas norteadoras da saúde da criança, com escassas narrativas dos extremos deste conhecimento. Assim, quase todos as percebem sob o enfoque das ações preventivas e na vigilância à criança de risco, omitindo nos discursos os demais níveis de complexidade da rede de atenção integral: *Começa com a atenção ao pré-natal, ao parto, ao pós-parto... são programas que existem dentro do município, programa de imunização, vigilância da criança de risco, acompanhadas mensalmente, o crescimento e desenvolvimento nas USF até dois anos de idade* (G3).

Apenas um gestor do nível central municipal relatou completa compreensão sobre a política de saúde da criança integrada aos princípios do SUS, tendo na integralidade da atenção sua diretriz norteadora: *Os grandes eixos norteadores partem dos princípios do SUS, em absoluta consonância com a Agenda Nacional de Saúde da Criança que trabalha a questão da promoção, proteção... a preocupação com o conjunto das doenças prevalentes na infância, a questão da atenção secundária e terciária* (G1); enquanto uma gestora do nível administrativo explicitou seu total desconhecimento: *Não, eu mesma nunca tomei conhecimento de nada para a criança não...* (Geradm2).

O conhecimento da maioria dos gestores sobre a existência de diretrizes concernentes à redução da mortalidade infantil no conteúdo das políticas norteadoras da saúde da criança é limitado às ações da vigilância a criança de risco: *Existe o Projeto Cidadão no Recife que é a vigilância das crianças de risco... porque aquela criança tem mais possibilidade de adoecer e de morrer...* (G3); existindo poucos depoimentos sobre o monitoramento dos óbitos no território distrital:

... o óbito infantil é o evento que se trabalha como um evento sentinela nos distritos e a gente tem o monitoramento do óbito infantil em cada distrito... (G5).

Opinião sobre as barreiras na aplicação da política

Entre os obstáculos na aplicação da política, se destacou sua centralização na esfera federal, com diretrizes desarticuladas nos diferentes níveis de gestão, desconsiderando a infraestrutura local e acarretando restrições para a execução adequada das ações preconizadas: *Eu acho que as discussões são feitas lá em cima, são colocadas pra o estado e municípios, e muitas vezes não é dada condições dos municípios trabalharem em cima daquela agenda, daquele programa... (G2).*

Opinião sobre a divulgação da política

De acordo com as narrativas de muitos gestores não existe uma boa divulgação da política de atenção à saúde infantil. A maioria opinou que existem falhas no seu repasse desde as instâncias gestoras no nível ministerial e municipal à coordenação distrital, que é responsável pela divulgação das ações a serem executadas nos diferentes níveis do sistema, com repercussões importantes no acesso das crianças pelo desconhecimento das mães sobre o dever dos serviços de ofertar atenção integral às crianças: *... é extremamente problemático... nós temos ainda grande dificuldade de diferenciar entre o que foi pensado, qual é a concepção dos modelos e das diretrizes da política de saúde da mulher e da criança e quem operacionaliza a política e a divulgação pra comunidade... (G1).*

Para muitos gestores as informações sobre a atenção integral à saúde da criança não são repassadas às mães pelos profissionais, apesar de serem divulgadas através de folhetos, cartazes e outros materiais apropriados, com sua conseqüente desinformação sobre as ações de saúde que devem ser realizadas: *... as USF recebem os materiais... ta em casa guardado, não utiliza adequadamente... então não chega a informação na mãe, na família... o ACS não passa, a enfermeira não passa... (G5).*

No entanto alguns informantes percebem que essa omissão no repasse é intencional, argumentando que com o desconhecimento das mães os profissionais não serão cobrados pela execução das ações e serviços: *... porque é muito mais fácil assim... “eu não tenho tempo de fazer, não é prioridade pra mim, pra que é que eu vou dizer que eu tenho obrigação, pra no outro dia o povo ta na minha porta me cobrando? Então eu não divulgo que existe” ... é melhor que elas desconheçam... (G7).*

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

Os gestores percebem que a falta de articulação das políticas repercute nos níveis gerenciais distritais, cujos setores envolvidos com o planejamento e a execução das ações de prevenção ao óbito infantil falham no estabelecimento de relações de integração satisfatórias, com prejuízos à implementação das práticas preventivas: *A gente nunca teve tanta integração com a assistência a não ser em uma reunião específica de óbito... nem eu também não passo tudo de vigilância pra eles, eu acho que há uma falha dos dois lados...* (G8).

Alguns informantes opinaram que as ações de prevenção da mortalidade infantil são essencialmente teóricas, existindo obstáculos para sua aplicação na prática dos serviços: *...do ponto de vista teórico sim, agora quando você vai para a prática, existem entraves...* (G4).

No discurso de todos os gestores a falta de articulação intersetorial no município como um todo, é uma grande barreira ao enfrentamento da mortalidade infantil, que está diretamente associada à adversidade de condições de vida das famílias das crianças: *... a saúde cresceu sem que crescessem os setores em torno, ... não pode falar de uma redução, talvez maior de mortalidade infantil sem que garanta mínimas condições de sobrevivência, de habitação, de saneamento...* (G4).

Entretanto, alguns atores percebem que apesar de tímida, existe uma parceria do Setor Saúde com os demais Setores que demandam políticas públicas com interface indireta com a mortalidade infantil evitável: *... um primeiro aspecto para discutir a evitabilidade dos óbitos é a falta de um trabalho intersetorial forte... O setor de saúde conseguiu estabelecer parcerias com outros setores... garantir a escolaridade das mulheres, a habitação, renda, geração de emprego, tudo isso vem sendo feito... mas a velocidade é lenta...* (G1).

Quadro 8 – Dificuldades na definição e divulgação das políticas na opinião dos gestores

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
Falhas na definição e aplicação das políticas: centralização e desarticulação das ações	-Infraestrutura local insuficiente, com restrições à adequada execução das ações
Falhas no repasse da política de atenção integral pelo nível gestor	-Compreensão limitada da atenção integral à saúde infantil no nível local -Insuficiente conhecimento materno dos direitos das crianças à atenção à saúde integral e prioritária -Falha na execução das práticas preventivas ao óbito infantil
Prevenção do óbito infantil no plano teórico	-Manutenção de fatores determinantes do óbito infantil evitável
Fragilidade de ações intersetoriais	

1.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção

Os informantes focalizaram suas narrativas sobre as características do sistema de atenção à saúde direcionado às crianças nas ações executadas pelo PSF/PACS e na sua opinião destacam-se como barreiras mais importantes, a pouca disponibilidade de recursos, especialmente os humanos e materiais, incluindo o volume e distribuição dos serviços e a inadequação dos profissionais. No entanto, os demais aspectos relativos à organização da oferta, como a gama de serviços oferecidos, os procedimentos para a atenção e os mecanismos que garantem a continuidade do cuidado, foram percebidos ora como barreiras, ora como oportunidades, conforme descrito a seguir:

Pouca disponibilidade de recursos para a atenção: barreiras na oferta

Para a maioria dos gestores existe uma escassez global de recursos sejam humanos, financeiros ou materiais que determina entraves à atenção infantil: *... eu acho o seguinte, se você não tem número suficiente de pessoas para tomar conta de um grupo imenso de usuários, é porque com certeza existe entrave... eu acho que é entrave financeiro, entrave material... porque boa vontade, vontade de fazer, a gente vê... (G3).*

Apenas um gestor opinou que a causa da insuficiente disponibilidade de recursos é devida ao irregular repasse do financiamento do SUS ao município, que é disponibilizado globalmente para as ações e serviços, não existindo uma delimitação específica de recursos para a saúde da criança: *... a gente tem um problema de financiamento no SUS... que não tem sido regular ao longo do tempo... não podemos falar só em recursos para a saúde da criança, então no PSF vem pra garantir a saúde pra todos... a forma que tem a lei orçamentária do município não permite a gente delimitar com clareza o aporte de recursos específico pra saúde da criança... mas eu acho que ainda é insuficiente... (G1).*

-Dimensionamento inadequado do PSF e PACS: barreiras na cobertura da AB

Quase todos os gestores referiram a insuficiência da cobertura populacional da AB, sendo o excedente de famílias por equipes apontado como um dos maiores obstáculos à prioridade no acesso às ações e serviços outorgada às crianças, acarretando as seguintes consequências:

a. Muitos opinaram que freqüentemente as crianças não conseguem atendimento nas USF em caso de doença aguda, sendo encaminhadas aos serviços de urgência: *“criança é*

prioridade, não precisa marcar ficha, na hora que chegar aqui é atendida”... só que o que o que você vê na USF é criança... aí acaba tendo que criar um filtro, algumas coisas vão ser encaminhadas às urgências sem o médico nem a enfermeira olhar direito... (G7).

b. Na visão de muitos gestores a insuficiente cobertura acarreta a demanda inadequada aos serviços de atenção secundária como porta de entrada ao sistema ...a gente ainda tem algumas áreas que não são acompanhadas por PSF, e que ainda não tem nem o PACS... a gente tenta priorizar o atendimento dela nas Policlínicas... (G9).

c. Quase todos os gestores relataram a repercussão na realização das ações preventivas, como educação em saúde, pela sobrecarga de atribuições: ... Uma equipe de saúde da família onde era pra ter três mil pessoas, ta atuando com cinco mil e quinhentas... Como é que ela vai ter tempo de fazer educação e saúde? (G7).

d. Houve um dissenso nos discursos quanto ao excesso de famílias por ESF na narrativa de um informante, que percebeu que de fato isso é apenas um argumento que faz parte da linguagem dos profissionais para justificar o trabalho não executado: ... porque é assim: “nós estamos sobrecarregados tem muitas famílias”... isso era a linguagem de toda a equipe ... e aí “quantas pessoas tem na sua micro área? Primeiro comprovem, eu só posso redimensionar depois que eu souber...” Nenhum extrapolava! (G6).

Métodos complementares do diagnóstico: oportunidades na atenção básica e barreiras na média e alta complexidade

Para a maioria dos gestores o município conta com laboratório próprio e uma rede conveniada suficiente para a demanda, facilitando a realização dos exames clínico-radiológicos das crianças no nível básico de atenção: ...em relação a questão dos exames... eu não tenho tido muita queixa não em relação a isso... (G5); ... a gente já encaminha pras unidades onde faz a coleta de exames, essas coisa, onde faz o...raios-X, eles já vão mais direcionados, é mais fácil ... (G7).

Entretanto, todos relataram os grandes obstáculos para a realização de exames complementares de alta densidade tecnológica, mesmo com a facilitação no processo de marcação pela Central de Regulação do Município, pelo insuficiente número de vagas disponíveis no SUS determinando a estipulação de cotas: ... e no caso da Central de

Regulação, são os serviços comprados, os serviços que a gente tem fora, e aí existe um dia certo para cada Unidade de Saúde da Família fazer a ligação marcando... (G3); ... eu sei que existem cotas em alguns exames especiais de raio X, ultra-som e o Distrito até o momento que eu sei, fornece e diz o local pra fazer... colocam na lista lá aquela pessoa e informa ... que vai pra tal unidade, pra tal clínica, que e terceirizada... (G8).

Pediatras e subespecialistas pediátricos: oportunidades e barreiras ao acesso

As narrativas de quase todos os gestores referiram-se fundamentalmente à facilidade no acesso às consultas pediátricas no território do DS I e às dificuldades para as suas sub-especialidades. Na sua visão, o insuficiente número dos sub-especialistas constitui-se em um dos grandes obstáculos ao acesso das crianças a este nível de atenção: *A gente tem um número de pediatras acima das nossas necessidades no distrito sanitário I e disponibiliza atendimento na Policlínica ... dentro das nossas planilhas pra outros distritos (G2); ... A gente tem uma ótima referência de pediatras... mas de outras especialidades o déficit ainda é muito grande... a gente trabalha pela Central de Regulação com um número de cotas, então é um acesso limitado e também dificultado...(G9).*

A insuficiência também se reflete na necessidade da utilização de percursos alternativos para a atenção oportuna das crianças, tanto por parte dos médicos quanto dos gerentes: *... E fora isso tem o meio informal... olha a gente tem que fazer porque se for esperar não vai... aí você vai conhece fulano, que conhece sicrano, que pode facilitar... e acaba sendo assim... (G5).*

Déficit de leitos na Alta Complexidade

Alguns informantes opinaram que associado à captação tardia das gestantes no pré-natal, pela insuficiência de recursos humanos na atenção básica, com a consequente elevação de partos prematuros, existe o déficit de leitos neonatais na alta complexidade com prejuízos à assistência ao recém-nascido : *... Nós temos a captação tardia da gestante pro pré natal... um elevado número de partos prematuros que resulta de um problema de alta complexidade... não têm um número suficiente de leitos em UTI para dar assistência a essas crianças... (G9).*

Inadequação dos recursos humanos

Todos os gestores perceberam muitas barreiras à atenção à saúde da criança com repercussões na prevenção da mortalidade infantil oriundas dos profissionais que atuam no PSF, com uma grande diversidade de situações. As narrativas vão desde a formação universitária inadequada à ausência de perfil profissional, com repercussões na sua

atuação, como descumprimento de carga horária e das funções estabelecidas no PSF, grande rotatividade nas áreas, ocasionando a necessidade da realização de cursos de capacitação freqüentes. Também houve depoimentos sobre a realização do concurso público municipal como um fator de obstáculo à atenção, como se segue:

a. Formação universitária inadequada

O deficiente ensino universitário que enaltece os super especialistas ao invés de formar profissionais sob a perspectiva do novo modelo assistencial com privilégio da atenção integral, resulta na inserção de médicos e enfermeiros sem perfil para exercer as atividades nas ESF, com a conseqüente desmotivação para o trabalho, com repercussões negativas ao cuidado infantil: *... nossas universidades não formaram profissionais para trabalhar na perspectiva da promoção, prevenção, do tratamento integral, da responsabilidade sanitária... (G1); ... na universidade se cultua que o médico ruim é o do PSF, o estudante que vai para PSF é fraco ... porque o grande aluno vai ser especialista... (G4).*

b. Atividades exercidas apenas pela remuneração

Vários gestores opinaram que muitos profissionais exercem as atividades nos programas apenas visando a remuneração em detrimento das ações promocionais e preventivas às famílias: *... eles estão exercendo aquela função simplesmente pelo financeiro, não por perfil... o município capacita muito, eles não fazem uso para orientar as famílias... (Geradm1).*

c. Descumprimento de carga horária

Uma grande parte das narrativas se referiu à existência de muitos profissionais de nível superior em dupla jornada de trabalho, descumprindo a carga horária estabelecida, com prejuízos à qualidade da atenção: *... o que eu vejo é um médico trabalhando em dois PSF, um enfermeiro que não cumpre a carga... (G6).*

d. Descumprimento da função de supervisor do ACS

Alguns gestores percebiam a falta de desempenho das atividades compatíveis ao cargo de enfermagem no PSF pelo não cumprimento da função de supervisor dos ACS, responsáveis pelas visitas domiciliares, com importantes repercussões à atenção infantil: *Um enfermeiro que não sabe qual é o seu papel... ele é um instrutor supervisor, que nunca acompanhou um agente de saúde dele nas visitas... (G6).*

e. Dificuldade do trabalho em equipe

Houve vários relatos de que muitos profissionais não executam o trabalho em equipe, com a consequente atenção fragmentada e/ou com duplicidade nas intervenções, acarretando retardo ou incorreções nas ações de diagnóstico e tratamento oferecidos às crianças: *... eu já vivi com situações de dificuldade... do enfermeiro ta encaminhando uma criança para o médico e ele se negar a atender: “Eu não vou ver, porque eu já tenho tantos pacientes”...* (Geradm1).

f. Alta rotatividade e estabilidade no cargo: duas faces para a mesma barreira na atenção

Para muitos gestores a alta rotatividade dos profissionais nas ESF, principalmente dos médicos, é um dos grandes problemas enfrentados, acarretando a necessidade de freqüentes contratações com Cursos de Capacitação ao PSF constantes, o que ocasiona sua ausência nas equipes, restringindo o acesso das crianças à atenção tanto nos domicílios quanto nas unidades, transformando-se num ciclo vicioso: *... um problema que eu acho é a alta rotatividade dos profissionais da rede... Porque você faz a capacitação e daqui a um tempo ele saiu aí chega outro, aí já inicia o trabalho sem um treinamento... aí depois é que você vai fazer a capacitação...* (G2); *... o agente de saúde que seria o elo entre a equipe e a casa, tava fazendo o curso, então o tempo dele foi reduzido... a prestação do serviço é prejudicada.* (G6); *... os profissionais da rede vivem fazendo cursos, tem pouco tempo pra ta atendendo a comunidade...* (G7).

Por outro lado, na visão de alguns informantes o Concurso Público que vai legitimar todas as categorias profissionais do PSF e PACS como servidores públicos poderá ser mais um fator complicador para o trabalho nos programas, uma vez que os maus funcionários não poderão ser substituídos por mau desempenho das funções perpetuando a atenção inadequada: *... o concurso é como uma faca de dois gumes... tem profissionais contratados que em qualquer momento a gente pode pedir o afastamento e eles já agem da forma que agem... que dirá quando forem efetivados através de um concurso público, tendo todos os direitos garantidos?* (G7).

Acessibilidade geográfica: oportunidades e barreiras

Na visão da maioria dos informantes o acesso geográfico à atenção básica é facilitado pela implantação das USF dentro das comunidades a elas adscritas, assim como pelo fato das Policlínicas e a UBT estarem próximas às comunidades e em local de fácil

acesso: *O acesso é fácil no DS I porque as unidades ficam bem localizadas, a pessoa vai a pé...* (Geradm1). Porém, para alguns informantes existem USF em que o acesso é um pouco dificultado, apesar da pequena distância: *... A unidade fica distante de alguns lugares da comunidade do Coque... mas vai à pé...* (G6).

O grande problema percebido por alguns gestores é na acessibilidade da criança à atenção especializada e aos exames clínico-radiológicos em unidades localizadas distantes de sua micro-área, que se imbrica na acessibilidade econômica, quando a mãe é obrigada a percorrer longos percursos com a criança nos braços ou a pagar passagem de transporte público: *É pertinho das unidades básicas, das especialidades não... eles têm que se deslocar... vai ter que ir de ônibus, ele não vai conseguir andar arrastando a criança...* (G2). Neste sentido, todos os gestores informaram sobre a disponibilidade de vales-transporte, ainda que em número insuficiente para a demanda: *... O DS I fornece vale-transporte para o deslocamento dos pacientes, mas o número é insuficiente...* (Geradm1).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

Os gestores opinaram sobre os vários aspectos da assistência relacionados às falhas nas ações preventivas ao óbito infantil evitável, seja nos cuidados preventivos, no nascimento ou no diagnóstico e tratamento oportunos: *... têm vários aspectos para os óbitos evitáveis infantis relacionados à adequada atenção à gravidez, ao parto e aos cuidados imediatos com o bebê... incapacidade de ter ações de prevenção de diagnósticos precoce, e tratamento rápido para determinadas situações...* (G1).

Quadro 9 – Barreiras ao acesso relacionadas à disponibilidade de recursos para a atenção na opinião dos gestores

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
<p>Recursos insuficientes -Dimensionamento inadequado do PSF e PACS com deficiente cobertura populacional -Déficit de sub-especialistas pediátricos -Déficit de métodos complementares de alta densidade tecnológica -Déficit de leitos de Alta Complexidade</p> <p>Inadequação de recursos humanos -Formação universitária inadequada com ausência de perfil para PSF/PACS: -atividade pela remuneração -descumprimento de carga horária -descumprimento da função de supervisão -dificuldade do trabalho em equipe -alta rotatividade -estabilidade no cargo</p>	<p>-Falha na priorização da atenção infantil curativa pelas ESF; deslocamento da AB para a média complexidade e emergências -Restrição do acesso a atenção especializada</p> <p>-Prejuízo na atenção ao RN prematuro</p> <p>Prejuízo das ações promocionais, preventivas e curativas de prevenção dos óbitos infantis evitáveis</p>
Pouca disponibilidade de vales-transporte	Custo familiar para o deslocamento da criança aos serviços fora da micro-área
Acessibilidade geográfica -Oportunidades e barreiras	-Adequada: USF/Policlínicas -Inadequada: alguns serviços especializados fora da micro-área

Organização da atenção: oportunidades e barreiras ao acesso

As narrativas referiram-se ao acesso à AB especificamente nas áreas adscritas ao PSF, incluindo aos métodos complementares deste nível de complexidade, sem referências à atenção nas áreas não cobertas pelo Programa. Os relatos também foram direcionados à atenção especializada de média e de alta complexidade, ou seja, ao contínuo assistencial.

Atenção Básica

Os discursos da maioria dos gestores relacionaram-se às barreiras e oportunidades às visitas domiciliares, aos procedimentos para o atendimento na atenção preventiva e curativa e para a realização dos exames complementares do diagnóstico deste nível de atenção.

-Visita domiciliar

A maioria dos gestores opinou que a visita domiciliar realizada pelas equipes do PSF é uma rotina da atenção direcionada às ações de promoção à saúde, ampliando o acesso

deste nível de cuidado principalmente às crianças de risco para adoecimento e óbito. No entanto, um dos informantes do nível administrativo relatou que a visita só é realizada na sua área para paciente adulto impossibilitado de caminhar até a USF: *... Só mais quando o paciente é acamado... Aí vai, faz a visita domiciliar porque o paciente não pode vir à unidade* (Geradm2).

-Procedimentos para a atenção

Neste âmbito emergiram aspectos que facilitam o acesso às ações de saúde e outros que se constituem em barreiras, como se descreve:

a. Agendamento de consultas preventivas e curativas: oportunidades e barreiras

Nas narrativas da maioria dos gestores não existe uniformidade na marcação de consultas e as USF organizam o atendimento de distintas maneiras, porém os agendamentos são majoritariamente realizados no domicílio, durante a visita dos ACS: *Então cada ACS tem sua cota diária, tanto pela manhã, quanto à tarde de duas consultas para agendar, seja pra puericultura, seja pra hipertensão...* (G5); *Olhe, a maioria das nossas unidades, as crianças, ... são marcadas as consultas pelas ACS...* (G2); alguns consideraram que ainda permanecem USF em que as marcações são realizadas como no modelo anterior, nas próprias unidades através de filas: *... tem PSF que agenda com as ACS, outros já acontece delas ficarem na fila mesmo...* (Geradm1).

b. Consulta preventiva: oportunidades e barreiras

Quase todos os gestores relataram que dentro das USF a puericultura é sempre realizada, sendo de responsabilidade da enfermeira, cabendo ao médico apenas a atenção curativa: *... Nós temos a enfermeira, que atende a puericultura, no caso das crianças sadias e o agendamento do médico no dia de seu cronograma de atendimento à criança doente...* (G7).

Entretanto, poucos informantes opinaram que apesar das atividades preventivas deverem ser feitas por médico e enfermeira, principalmente das crianças de risco, sto nem sempre é realizado nas USF *... a importância dos profissionais médicos em relação ao acompanhamento... desde o planejamento familiar, a puericultura... eu sei que tem duas consultas que é com a médica e o restante é com a enfermeira... e tem vezes que a médica nem faz essas consultas mesmo se a criança for de risco...* (G5).

c. Exames clínico-radiológicos: oportunidades e barreiras

Para a maioria dos gestores existem oportunidades e barreiras relacionadas à organização do acesso aos exames laboratoriais de baixa complexidade, sendo as primeiras percebidas pelo advento da Central de Regulação do Município que facilita o procedimento de marcação dos exames para as mães: *... a radiologia é pela planilha de Central de Regulação, para os exames laboratoriais algumas unidades têm coleta local com envio do material para o Laboratório Municipal e outras vão diretamente para este ou para os laboratórios conveniados (G2).* O obstáculo na visão de quase todos os gestores reside no retardo do resultado destes exames, condicionado à falhas dos laboratórios, que demoram na entrega dos mesmos e à obrigatoriedade de remarcação da consulta para a leitura pelo médico na USF. Estes problemas inviabilizam os diagnósticos mais urgentes no nível da AB, dificultando a finalização da assistência prestada às crianças e o seu tratamento precoce, se constituído numa importante barreira: *... Para receber o resultado novamente marca com o ACS pra o médico ver os exames... às vezes dispõe de um mês... porque o médico, a agenda tá cheia, o ACS adoeceu, tá de férias, aí às vezes eles passam dois meses rodando pra poder conseguir entregar um exame... (Geradm2).*

d. Agendamento de consultas: superlotação das emergências nas doenças agudas

Quase todos os gestores opinaram que como a maioria das consultas nas unidades do PSF são pré-agendadas, existe uma inadequação da morbidade demandada às emergências de média e alta complexidade no caso de doenças agudas das crianças, referida ou espontânea:

... o médico tenta resolver aqueles problemas que dá... na unidade... e se a gente não tiver nenhum médico, nem um enfermeiro... nós encaminhamos essa criança para as unidades mais próximas... (Geradm1); ... se eu sou uma pessoa minimamente inteligente eu vou procurar ajuda em outro local que atenda... não vou por aquela via que está estabelecida, que seria a unidade básica... então fura o sistema...(G6).

Coordenação dos serviços: barreiras de acesso entre níveis assistenciais

O discurso de todos os atores guarda unanimidade com a precariedade do sistema de referência e contrarreferência na coordenação da atenção à criança, a maioria afirmando que a única oportunidade é a referência das unidades do PSF para as especialidades, que é realizada em protocolo próprio: *A gente referencia, faz o encaminhamento, tem todo um protocolo, é dado o papel da referência e da contrarreferência... (G5).* No entanto, para poucos gestores existem falhas também na referência, atribuindo-as a falhas da categoria

médica no ato de referir adequadamente: ... *nem mesmo a referência é eficaz, a gente não tem esse hábito do médico está referenciando para uma especialidade com encaminhamentos e receber a contrarreferência, muitas vezes a pessoa se perde no meio do caminho...* (G9). Alguns informantes relataram a realização da contra-referência de forma ininteligível, sem um protocolo adequado, denotando o descaso dos especialistas no encaminhamento do parecer especializado de forma clara aos profissionais da atenção básica: ... *na contrarreferência ninguém escreve nada, quando escreve é um garrancho... um rabisco,... um risco, e achou que aquilo fosse uma evolução digna de ser enviada pra unidade de saúde da família...* (G5).

Não responsabilização pela criança na atenção básica: falha na continuidade do cuidado

Para alguns informantes não existe o compromisso da responsabilização pelo paciente por parte das equipes do PSF, comprometendo a continuidade da atenção: A *contrarreferência é outro problema,... nem o médico se disponibiliza e nem o enfermeiro, de ligar no serviço, perguntar: “eu encaminhei tal caso assim, assim e assim...”* (G6).

Quadro 10 – Oportunidades e barreiras ao acesso à atenção segundo características organizacionais em área coberta pelo PSF na opinião dos gestores

Nível de Atenção	Atenção Básica		Atenção de Média/Alta Complexidade	
	Oportunidade	Dificuldade	Oportunidade	Dificuldade
Consulta preventiva	-Agendamento pelo ACS no domicílio ou na USF -Atendimento por enfermeira	- Não atendimento pelo médico	-	-
Consulta curativa	-	-Agendamento pelas mães com filas de espera; -Não atendimento a doenças agudas	-Central de Regulação de Consultas com sub-pediatras	-Restrito e sujeito a cotas -Consultas com sub-especialidades das emergências
Coordenação dos serviços: acesso entre níveis	Protocolo próprio	Não se responsabiliza pelo paciente	-	-Inexistente/sem protocolo/ilegível

1.4 – Influência dos fatores maternos e contextuais

De ponto de vista dos gestores os fatores do contexto social e materno apresentam-se com várias características que podem atuar como barreiras ao acesso das crianças às ações e serviços de saúde e influenciar na persistência dos óbitos infantis evitáveis. Os aspectos foram relacionados ao nível de escolaridade materna e de informação sobre os direitos em saúde e sobre os serviços oferecidos pelo SUS assim como ao contexto de miséria e de violência decorrente do tráfico de drogas nas áreas de implantação dos Programas no DS I. Também foram consideradas as necessidades de atenção em saúde das crianças que são percebidas pelas mães.

Baixa renda

Todos os gestores opinaram que uma das principais características socioeconômicas da maioria das famílias das crianças residentes no DS I é a sua condição de baixa renda, contribuindo como um grande obstáculo ao acesso às ações e serviços de saúde. A situação de exclusão social interfere de diferentes maneiras, como a indisponibilidade financeira para o transporte para aceder a serviços mais distantes e a falta do acesso a todos os bens públicos, como trabalho, moradia, saneamento com o destaque aos mecanismos de sobrevivência em detrimento dos cuidados em saúde: *... é a questão financeira da maioria: “hoje eu não tenho dinheiro para levar a criança...” (G8); ... tem aquelas favelas urbanas... áreas muito pobres... ou então é morador de rua... que fica no sinal com a criança pedindo dinheiro... tem uma comunidade de mangue que o pessoal mora feito caranguejo, na lama... maioria desempregados... (G4).*

Baixo nível educacional e de informação das mães: desconhecimento dos direitos em saúde

O baixo nível educacional das mães está associado à sua desinformação em saúde, para a maioria dos gestores, contribuindo para a não compreensão das informações que são repassadas sobre os direitos da atenção integral e prioritária dos filhos: *... aquela informação que chega até o usuário, ela não é captada como deveria... pela formação dela mesma, insuficiente para estar buscando os seus direitos... (G9).* Na visão de vários gestores, o insuficiente nível educacional das mães também contribui para o conformismo e a não reivindicação deste direito constitucional das crianças: *... tem um grande problema no Brasil... uma população ignorante, que não luta pelo que é de direito, porque saúde é um direito constitucional... muitas vezes acredita que seja até um favor quando alguém consegue marcar uma consulta... (G4).*

Fraca rede de apoio social

Muitos dos gestores opinaram que praticamente inexistente uma rede de apoio social no nível comunitário, dificultando o deslocamento das mães com os filhos aos serviços de saúde, ou para cuidar das crianças que ficaram no domicílio, havendo algumas narrativas de apoio familiar prestado pelas avós: ... *Mas assim, de rede de apoio mesmo formada, concretizada não tem... por isso acontecem as coisas..., a gente vê criança de quatro anos cuidando do irmãozinho de dois, enquanto a mãe foi levar o recém nascido na emergência...* (G7); ... *As avós até tomam conta das crianças para a mãe ir trabalhar...* (G3). No entanto, poucos informantes relataram que a existência de comunidades solidárias depende do envolvimento das pessoas em movimentos sociais e que por outro lado, a ajuda da rede de apoio é praticamente anulada pela situação de exclusão social compartilhada: ... *uma área com todo um contexto anterior de militância que faz diferença... há sim essa solidariedade, eu vejo mais isso em ... (comunidade participante)* (G5); ... *ele é acolhido com muito mais propriedade por essa rede social do que por esse sistema de saúde propriamente dito ... o grande problema é que é uma rede solidária de excluídos, partilham das mesmas dificuldades... e nem sempre é capaz de ajudar a mulher...* (G1). Finalmente poucos gestores referiram-se à existência de creches como rede de apoio na comunidade, aonde as crianças também contam com a atenção das ESF: ... *Não, o que a gente vê no dia a dia mesmo de rede de apoio é uma creche no...* (comunidade participante) (G7).

Violência e tráfico de drogas

A questão da violência decorrente da miséria e do tráfico e uso de drogas nas áreas de moradia das famílias adscritas emergiu nas narrativas de quase todos os gestores, interferindo em vários aspectos da atenção, seja como uma barreira à acessibilidade geográfica das crianças às USF: ... *são unidades que estão localizadas em pontos de muita violência na comunidade do ... não tem como dizer: “Ah, fulano de tal, mande vir pro posto” porque se passar na rua ele morre, não vai ninguém pra unidade...* (G7); seja por impedir o acesso dos profissionais às visitas domiciliares e à própria USF: ... *teve uma época, ali no ... que os profissionais foram todos assaltados e ... trabalhavam a mais de oito anos lá...* (G4).

Opinião sobre as necessidades das crianças de atenção em saúde percebidas pelas mães e a procura por assistência: contradições

Os gestores consideraram as necessidades das crianças de atenção em saúde percebidas pelas mães e a procura por assistência, com opiniões contraditórias. Para a maioria dos

informantes as mães não têm uma noção adequada sobre o nível de gravidade do problema de saúde dos filhos com a correspondente procura por atendimento nos serviços de saúde: ... às vezes tem pessoas... não foi lhe dada oportunidade de saber que “eu tenho isso, mas se eu procurar o profissional eu posso conseguir ultrapassar essa barreira” (G3); Algumas têm, mas eu acho que a minoria tem noção... (Geradm2). Em contraposição, alguns opinaram que as mães têm uma percepção adequada da magnitude do problema de saúde dos filhos, com a procura imediata pelos serviços de saúde: ... eu acho que todas as mães diante de varias situações rotineiras das crianças de estar sempre com diarreia, febre, escabiose ... sabe muitas vezes como agir diante daquela situação... já correm logo para o posto resolver o problema... (Geradm1).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

-Papel da mãe no óbito infantil

Apesar de ter havido conflitos de opiniões, para a maioria dos gestores as mães são injustamente culpabilizadas pelo óbito infantil evitável, opinando que a responsabilidade é do profissional de saúde que não cumpriu o seu papel de realizar ações preventivas, de diagnóstico e de tratamento precoce: ... muitos óbitos evitáveis, a causa deles aconteceu, a mãe não fez pré-natal... o profissional da saúde pública é responsável... a gente não tem que ta colocando a culpa na mãe, que também tem que ser orientada por um profissional (G6). No entanto, para poucos gestores a mãe pode ter influência nos óbitos infantis por negligência para com os filhos: ... As mães, muitas... não tem nem noção do que era pra ser evitável... até porque às vezes não ta preocupada mesmo com o filho, nem cuida dele mesmo ... (G8); ou quando são usuárias de drogas, por não assimilarem as orientações transmitidas pelos profissionais para a manutenção ou recuperação da saúde dos filhos: ... então se é uma mãe adolescente, viciada em drogas... já peguei vários casos lá nas minhas unidades... o discurso delas é cheio de lapsos, tem problemas mesmo... (G5).

Quadro 11 – Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais na opinião dos gestores

Causas das dificuldades	Conseqüências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
-Condição socioeconômica familiar precária -Baixo nível educacional materno -Uso de drogas	-Dificuldade para aceder aos serviços mais distantes -Desvalorização dos cuidados com a saúde infantil -Incompreensão das informações em saúde -Desconhecimento e/ou baixo poder de reivindicação dos direitos das crianças em saúde -Conformismo -Não assimilação das orientações preventivas ao óbito infantil
-Violência	-Dificuldade no acesso das crianças e dos profissionais às ações e serviços de saúde
-Fraca rede de apoio social	Dificuldade para aceder e/ou manejar os problemas de saúde das crianças

2 - Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde: profissionais das Policlínicas e Unidade Básica Tradicional

A seção descreve o conceito dos profissionais das Policlínicas e UBT sobre a atenção à saúde infantil que consideram adequada, seu conhecimento sobre as diretrizes governamentais que norteiam a saúde da criança e sua aplicação no território do DS I de Recife. Incluem-se as opiniões desse grupo de atores sobre as características institucionais no âmbito do SUS, assim como as maternas e contextuais que podem facilitar ou dificultar o acesso das crianças à atenção à saúde. As narrativas também revelam a influência dos distintos fatores na prevenção da mortalidade infantil evitável.

2.1 – Conceito de atenção adequada à saúde da criança

O conceito de atenção adequada à saúde da criança na visão da maioria dos diretores e pediatras das Policlínicas e UBT é fragmentado, porém destacam a garantia da oferta com qualidade. Houve citações pontuais sobre as ações preventivas, trabalho em equipe, acolhimento, continuidade da atenção, com apenas uma narrativa enfatizando o cuidado integral como indicativos de atenção adequada.

Destacando a garantia da atenção de boa qualidade pela equipe. A maioria dos informantes ressaltou a garantia da oferta de cuidados de boa qualidade como requisito para adequada atenção, incluindo a realização de exames complementares: ... e que realmente faça um bom atendimento, não só do médico, como de toda a equipe. E os exames, toda a complementação do diagnóstico, ser realmente... satisfatório, naquela hora... (UB2).

Destacando as ações preventivas. Quase todos os atores sociais destacaram as ações preventivas como a adequada atenção à criança, preferencialmente realizada por pediatras: *É chegar no local da sua área, do seu distrito, da sua comunidade, que tem aquele posto e saber que tem o profissional e que você vai ser atendida... desse vacinação, orientar puericultura, que tivesse a pediatra...* (PED6).

Destacando o acolhimento. A atenção adequada destacando o acolhimento foi relatada por poucos informantes, que pressupõe a escuta qualificada a toda a criança que procura o serviço, sem agendamento prévio: ... *que chegue, que tenha um funcionário pra atender, que lhe encaminhe pra uma sala adequada... sem precisar fazer uma marcação... que dê o apoio necessário...* (UB2).

Destacando a coordenação assistencial. Igualmente, poucos informantes mencionaram os fluxos de referência e contra-referência na garantia da coordenação do cuidado associados à atenção adequada: ... *outra coisa, importantíssima, é o retorno desse paciente, a contra-referência, ele veio da onde? E agora eu vou mandá-lo para onde? E ter realmente uma ligação...* (UB1).

Destacando o trabalho em equipe. Um dos informantes ressaltou o trabalho em equipe como indicativo de adequada atenção: *Deve ter uma equipe que trabalhe em conjunto o pediatra, a atendente, a enfermagem, a psicóloga, a assistente social, pra fazer um trabalho em conjunto, essa é a minha opinião* (PED4).

Relacionada à integralidade da atenção. Finalmente, apenas um informante relatou os muitos aspectos da atenção integral, contida nas diretrizes governamentais, como ações preventivas, assistenciais e de continuidade da atenção: ... *primeiro tem que começar no pré-natal bem feito, depois uma boa assistência à maternidade e depois ter oportunidade de acesso ao médico, acompanhamento de puericultura... e ter acesso mais fácil às policlínicas quando a criança necessitar* (PED3); enquanto outro destacou os aspectos que vão além da doença, subjetivos e sociais: ... *atendimento global não só pela doença que motivou a consulta... parar pra ouvir, conversar... tentar perceber esse lado mais amplo...* (UB3).

2.2 – Política de atenção à saúde da criança

A maioria dos informantes tem um conhecimento muito reduzido sobre a política de saúde da criança, entretanto a maioria das narrativas apontou as dificuldades relacionadas às falhas no seu conteúdo, na aplicação e divulgação nos serviços, com importantes repercussões sobre a prevenção dos óbitos infantis por causas evitáveis por ações e serviços. As narrativas sobre as oportunidades alcançadas foram pontuais.

Conhecimento da política: ausência de programa específico para a saúde da criança

Quase todos os informantes revelaram o pouco conhecimento sobre qualquer programa específico para a saúde da criança, alguns considerando sua inexistência: *“Eu não tenho observado não... conheço a diretoria de atenção à saúde da mulher, do idoso, programa de AIDS, tuberculose, Hansen, Hipertenso e Diabético que é o Hiperdia... tem programa de desigualdade racial, sexual, fumante... mas eu desconheço assim programa de atenção à saúde da criança, entendeu?”* (UB3).

Opinião sobre a aplicação da política: oportunidade e barreiras

Os informantes opinaram sobre vários obstáculos na aplicação da política direcionada às crianças, como a descontinuidade de programas existentes, o desacordo da atenção infantil ser prestada por clínicos do PSF e a indefinição dos níveis assistenciais e suas responsabilidades para com a saúde infantil. Como oportunidade um participante citou o Programa Nacional de Imunização.

a. Descontinuidade dos programas

Para alguns informantes não existe uma continuidade na execução dos programas direcionados à criança ao longo do tempo, causando um desestímulo aos profissionais com a conseqüente falha na atenção prestada às crianças: *... o que eu sinto é isso se começa um programa, entra com força total... está todo mundo estimulado... passa um, dois, três anos... aí o programa já vai minguando, quando você vê, não tem mais. Essa é a minha percepção...* (PED6).

b. Discordância da atenção infantil prestada por clínicos no PSF

Alguns entrevistados, especialmente os pediatras, expressavam seu desacordo do atendimento da criança ser feito por clínicos gerais nas ESF em substituição ao pediatra, o que consideravam ocasionar a superlotação das policlínicas e a insatisfação das mães: *... esse negócio de criança ser atendida por clínico, eu acho que não dá muito certo... e as mães, parece que não gostam... Porque a gente tinha três pediatras... agora só tem eu e uma pediatra que vem às*

vezes... sempre é super lotado... porque elas não se satisfazem com a assistência do médico generalista dos PSF. (PED3).

c. Indefinição dos níveis assistenciais

A falta de definição dos níveis assistenciais e suas responsabilidades, que inclui a clientela adscrita às Policlínicas e UBT, foi apontada por alguns informantes como um importante obstáculo, uma vez que os mesmos atendem crianças fora de sua área de cobertura, em desacordo com o modelo assistencial restringindo o acesso à assistência, aos exames e aos medicamentos por parte das crianças residentes no DS I: *A nossa política seria só receber os pacientes que pertencem aos nossos bairros... tem a medicação e tem os exames que a Prefeitura garante isso aqui na unidade... mas a gente ainda tem que dividir essa assistência com os pacientes que vêm de qualquer bairro e do Estado...* (UB1).

Opinião sobre a divulgação da política

Todos os informantes explicitaram a deficiente divulgação das diretrizes governamentais norteadoras da saúde da criança do novo modelo assistencial, desde os níveis gerenciais aos profissionais, ocasionando o desconhecimento dos profissionais das funções de cada nível assistencial: *... essa unidade no início foi feita só pra atendimento aos funcionários da Prefeitura e funcionava bem... Depois surgiu a USF do Pilar... ficou uma coisa sem definição...* (PED2). Poucos informantes narraram a função das Policlínicas: *... aqui serve de referência para essas unidades do PSF... endoscopia para adulto e criança, cardiologista, psiquiatra, ginecologista, colposcopia, dermatologia, clínico geral, pediatra, geriatra, médico do trabalho...* (UB3).

Para alguns participantes a divulgação das ações preventivas e promocionais contidas no PAISC é realizada de maneira pontual, sendo que o repasse das ações educativas às mães é feito a depender do médico, durante as consultas, acarretando a falta de padronização das informações: *... não chamam a gente pra saber: “ó, tá acontecendo isso, isso e isso”... quando vem já assim, de supetão... Muito menos pras mães... chega cartaz de vacina, quando é campanha, coloca faixa e tudo mais, mas, além disso...* (UB2); *... a promoção, prevenção... só quem faz é próprio pediatra na consulta.* (PED4).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

Na visão de alguns informantes a inexistência de um programa específico para as crianças no município está relacionada à persistência dos óbitos infantis por causas evitáveis: *Não sei é por falta... se é questão de que a gente não se envolve muito com pediatria... se a*

gestante chegar aqui, a gente sabe que é de alto risco, fica de antena ligada pra aquela gestante ser atendida... Em relação à pediatria, quando a gente não tem um programa específico, eu acho que isso ainda precisa melhorar, até pra poder a gente ter um atendimento melhor, ficar mais vigilante nesses casos de óbitos... (UB1).

Um único informante narrou que a melhoria do Programa Nacional de Imunização contribuiu com a diminuição da mortalidade infantil: *O programa da imunização... teve um avanço imenso na qualidade... na diminuição das mortalidades... (UB1).*

Quadro 12 – Dificuldades no conhecimento, aplicação e divulgação das políticas na opinião dos profissionais das Policlínicas e UBT

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
Ausência de programa específico para a criança Descontinuidade de programas existentes Indefinição dos níveis assistenciais e suas responsabilidades com o desconhecimento profissional das funções a desempenhar	-Descumprimento na execução das ações preconizadas no PAISC Falha na execução de ações curativas (crianças cobertas por PSF e PACS) Falha na execução de ações preventivas (crianças sem cobertura do PSF e PACS)
Falhas na divulgação das ações nos serviços -falta de padronização das informações -repasso às mães no plano individual	Pouco conhecimento materno de ações promocionais e preventivas para a manutenção da saúde infantil

2.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção

Com relação às características da oferta direcionada às crianças realizada pelas Policlínicas e UBT, destacaram-se como barreiras mais importantes a pouca disponibilidade de recursos para a atenção, a inadequação dos profissionais e os procedimentos para a atenção de média e alta complexidade. As principais oportunidades relatadas foram a acessibilidade geográfica e a marcação de consultas e exames na AB, apesar das barreiras para a entrega dos resultados.

Insuficiente disponibilidade de recursos para a atenção: barreiras na oferta

a. Recursos financeiros insuficientes

A maioria dos informantes destacou a insuficiência de recursos financeiros para a atenção infantil, alguns afirmaram desconhecimento acerca dos mesmos: ... *eu não tenho conhecimento de que venha alguma verba destinada à saúde da criança...* (PED4). Apenas um informante opinou que os recursos financeiros são satisfatórios: ... *financeiro... de uns três anos pra cá, melhorou muito, 80% ... hoje em dia você tem o repasse através do SUS da prefeitura municipal do Recife.* (UB5). Alguns entrevistados destacaram a grande burocracia na disponibilização orçamentária para a manutenção dos equipamentos: ... *é um recurso que é um valor pequeno... e tem que pedir autorização pra utilizar... Se quebrar uma cadeira, um ventilador, um bureau, não pode comprar...* (UB2).

b. Recursos materiais e infraestrutura: contradições

A disponibilidade de recursos materiais e a infraestrutura para a atenção foi percebida de forma contraditória entre os informantes, enquanto no discurso de quase todos os diretores os mesmos são adequados para a atenção: *A sala de pediatria é boazinha, é adequada, ampla, com todos os equipamentos... tudo funciona direitinho...* (UB3); nas narrativas de quase todos os pediatras existe uma escassez dos mesmos: ... *não tem uma balança, nenhuma criança é pesada ... Não existe fita métrica, não tem um gráfico de perímetro cefálico... Não tem nada vezes nada* (PED6).

c. Disponibilidade de medicamentos irregular

Na opinião da maioria dos informantes existe quase sempre facilidade para a aquisição de medicação básica para a pediatria no próprio serviço de atendimento ou em outras unidades da rede municipal, com algumas irregularidades de estoque: ... *recebem medicamento aqui na própria farmácia da unidade. Agora ocorre de algumas vezes não se ter o*

medicamento... então é orientado que ela procure outra unidade de saúde da Prefeitura... (UB4). Houve apenas um dissenso no grupo em que o informante relatou que a medicação sempre está em falta no serviço: Pouca, pouca, falta direto, direto. Muito difícil... (PED7).

d. Deficiência de recursos humanos: barreiras na atenção infantil

O insuficiente número de profissionais necessários para a atenção é percebido por quase todos os informantes, principalmente com relação aos funcionários de apoio para a realização da consulta pediátrica: *Não são adequados... tem uma funcionária só, que atende três pediatras no mesmo horário... (UB2); alguns opinaram que a insuficiência se estende a toda a equipe de profissionais: Porque atualmente só está com os pediatras fazendo o atendimento... não tem uma assistente social, não tem um psicólogo... (PED4).*

-Dimensionamento inadequado do PSF

Alguns informantes perceberam que o dimensionamento inadequado do PSF com a cobertura populacional insuficiente nas áreas prioritárias, se constitui numa barreira para a atenção infantil como um todo: *Eu acho que o médico de saúde da família e os ACS não conseguem fazer o serviço deles direito, mandar procurar regularmente os postos de tratamento de saúde nas Policlínicas ... as agentes de saúde deveriam ficar encarregadas de um menor número possível de famílias, pra elas poderem atender melhor... (PED4); Eu acho que têm poucos PSF... tem muitas comunidades... porque eu acho que o acesso da mãe ao centro de saúde (referindo-se às Policlínicas) devia ser através do PSF, não é isso o objetivo do PSF? (PED3).*

-Escassez de subespecialidades pediátricas

Na visão de quase todos os atores sociais as principais dificuldades ao acesso das crianças à atenção são decorrentes da limitação de determinadas subespecialidades pediátricas no SUS. As dificuldades se configuram mesmo através da Central de Regulação, em que a escassez de profissionais condiciona a impossibilidade de agendamento: *... algumas especialidades a gente pode marcar pela Central de Regulação... Algumas o médico regulador consegue... outras têm dificuldade... não tem vaga... é onde está o nó todinho da atenção à saúde... (UB2).*

Exames complementares de média e alta complexidade: barreiras ao acesso

Quase todos os informantes relataram os problemas na referência das crianças para a realização de exames de alta densidade tecnológica no SUS, existindo grandes dificuldades para sua marcação: *... pra a gente encaminhar é fácil, agora o problema é ele ter o*

atendimento lá... Até mesmo algum exame complementar, um eletroencefalograma, uma dificuldade... (PED4).

Inadequação de recursos humanos

A maioria dos informantes considera inadequado o desempenho dos profissionais das Policlínicas e do PSF para com as ações preventivas e curativas, por falhas na educação permanente, descompromisso e falta de perfil profissional, com repercussões à prevenção dos óbitos infantis.

-Falhas na educação permanente

Quase todos os informantes relataram como dificuldades a ausência de cursos de reciclagem por parte dos níveis gerenciais aos profissionais das Policlínicas e UBT na atual gestão de saúde: *Antigamente... uns dez anos atrás, a gente fazia cursos, tinha reciclagem, teve até o da atenção à saúde da criança... ultimamente não tem nenhuma orientação... Aqui na unidade parou.* (PED2).

Acessibilidade geográfica: oportunidades e barreiras

A localização das Policlínicas em relação ao local de moradia das crianças é percebido como adequado para a população adscrita por todos os atores deste grupo: *...os bairros Cabanga, Ilha do Leite, Soledade, São José... eu acho que pra distribuição da área, o (Policlínica) fica bem localizado, porque além deste a gente ainda tem o ...(Policlínica) que é mais em Santo Amaro... tem muita gente que não precisa nem pegar ônibus... vai a pé. Agora, lógico, como é um posto tradicional (referindo-se à Policlínica) tem muita gente que vem de fora, e ainda fica bem localizado, porque pega um ônibus só* (UB2). No entanto, para os informantes da UBT a localização da unidade não atende à população porque fica dentro do prédio da Prefeitura do Recife: *... por que ela está localizada no edifício sede da Prefeitura... pra atender os servidores, estagiários, etc., então geograficamente estaria muito bem... agora para ... usuários dos diversos bairros da Cidade do Recife... eu acho que não deveria nem ter o atendimento externo...* (UB4). Houve várias narrativas sobre a localização inadequada das unidades de alguns serviços especializados, imbricada ao déficit de vagas desse nível de atenção, acarretando a superlotação dos serviços mais próximos: *... elas adoram o serviço do Hospital de xxx, como a gente só recebe cinco vagas para cada setor, então eu fico numa briga aqui... as outras sempre sobram, porque ninguém quer ir... também por ser um pouco mais distante...* (PED5).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

Alguns informantes relacionaram a mortalidade infantil por causas evitáveis ao descompromisso dos profissionais de saúde das Policlínicas com falhas na atenção adequada: ... *o compromisso do profissional... eu me lembro um caso que a criança tava apresentando diarreia, vômito... foi vista ligeiramente aqui na Policlínica e encaminhada para casa... chegou a ir para outro serviço e foi a óbito... quais foram as falhas da gente para essa criança morrer no mesmo dia?* (UB1).

Para outros os óbitos se associam à falta de perfil para o exercício da profissão dos profissionais do PSF, que contribui para a realização do trabalho exclusivamente pela remuneração, com descumprimento da carga horária laboral: ... *o PSF não está funcionando... Porque lá só vai velho aposentado ... ou estudante que quer botar dinheiro no bolso pra fazer residência... médico só vai três vezes na semana... então, qual o comprometimento que esse cara tem?* (PED6).

Enquanto outros informantes destacaram além do trabalho insuficiente do ACS, a dificuldade de acesso aos programas e aos postos de saúde como determinantes das mortes infantis: ...*esses óbitos... deve ter áreas com dificuldade em ter acesso aos programas de saúde, aos postos de saúde... eu não sei, tem alguns cantos que os Agentes de Saúde não funcionam...* (PED3).

Quadro 13 – Barreiras ao acesso relacionadas à disponibilidade de recursos para a atenção na opinião dos profissionais das Policlínicas UBT

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
Recursos financeiros -Insuficientes -Burocracia para liberação	Restrição à utilização das ações e serviços Descumprimento na execução das ações preconizadas no PAISC que incluem a prevenção dos óbitos infantis
Recursos materiais e infraestrutura -Insuficientes -Infraestrutura inadequada	
Recursos humanos -Insuficientes -Inadequados	
Disponibilidade de medicamentos Irregular	-Custo familiar se necessidade urgente ou no deslocamento para sua obtenção
Acessibilidade geográfica -Oportunidades e barreiras	-Adequada: Policlínicas e alguns serviços especializados -Inadequada: UBT e alguns serviços especializados

Organização da atenção: oportunidades e barreiras ao acesso

As narrativas sobre a organização da atenção à saúde da criança foram referentes aos procedimentos para as crianças receberem a atenção nas unidades, aos serviços

oferecidos, e para o acesso ao contínuo assistencial.

-Inadequação dos horários de atenção

Para um informante os recursos humanos da Policlínica são suficientes em quantidade, porém inadequados quanto aos horários de atenção, dificultando o atendimento das crianças na unidade: *Recursos humanos... é muito ocioso e está mal distribuído... todos os pediatras atendem de manhã, de tarde não têm... são sete pediatras até às dez horas da manhã, e acabou...* (PED6).

-Procedimentos para a atenção

As narrativas sobre os procedimentos para as crianças conseguirem a atenção foram contraditórias, tanto entre os informantes das Policlínicas e UBT como entre os do mesmo nível de atenção, ora apontando a inexistência de dificuldades, ora explicitando-as. As narrativas referiram-se ao processo de agendamento e aos tempos de espera para a realização da consulta, com críticas quanto a não realização de pronto-atendimento.

a. Distintas formas de agendamento de consultas por área adscrita ao PSF ou PACS

Para a maioria dos informantes das Policlínicas existem diferenças no agendamento das consultas vinculadas à pertença ou não das crianças ao PSF e PACS. As que são adscritas ao programa acedem predominantemente através da marcação dos ACS, cabendo às mães este agendamento da minoria não vinculada, com dificuldades nesta última maneira de acesso, em que há repressão de demanda: *a agente de saúde é quem faz esse agendamento, a maioria das consultas... outras não, vêm para aqui de madrugada ou pagam alguém para vim ficar na fila... Ai reprime muito essa demanda...* (PED5). No entanto, na visão dos informantes da única UBT, existem sobras de vagas para a marcação das crianças pelo desconhecimento das mães das comunidades adscritas sobre o serviço, que no modelo anterior atendia apenas a funcionários da Prefeitura: *... chegou aqui cedinho, vai entrando... porque muita gente não sabe ou pensa: “esse posto é só pra os funcionários”, não tem aquela danação de fila pra ficar aí... (PED2); ... não está ocorrendo agendamento, é uma demanda totalmente espontânea... porque a demanda de crianças não é grande...* (UB4).

b. Tempo de espera entre agendamento e consulta: contradições

Para a maioria dos informantes existe um intervalo de tempo pequeno entre a marcação das consultas e sua concretização nas Policlínicas: *... ela procura diretamente lá e a portaria*

marca para o dia seguinte ou para os dias subseqüentes. (PED4). Entretanto, vários entrevistados opinaram que a inexistência de marcação com atendimento no mesmo dia da procura nas Policlínicas é um obstáculo à atenção das crianças, pela duplicidade de deslocamento das mães: *... a dificuldade do agendamento é precisar vir duas vezes, uma pra marcar e outra pra ser atendido...* (UB2). Houve contradições entre os informantes quanto às causas da não realização da consulta no dia procurado pelas mães, enquanto uns afirmaram que o agendamento é determinado pelos médicos: *... a gente já cortou um pouco isso de na hora que chega ser atendido na pediatria... na verdade, a maioria dos médicos não gosta...* (UB2); outros relataram que as consultas são agendadas por conveniência dos funcionários dos serviços: *... hoje podiam ter colocado pra mim mais crianças... eu tenho certeza que chegou hoje aqui e disse: “não tem vaga pra pediatria porque aqui é por marcação.”* (PED6).

c. Métodos complementares do diagnóstico de baixa complexidade: oportunidades e barreiras

Na opinião de todos os entrevistados não existem dificuldades para a marcação e coleta dos exames laboratoriais de baixa complexidade, que podem ser feitos no Laboratório Municipal ou nos conveniados, havendo barreiras na entrega dos resultados dos exames solicitados e na necessidade de remarcação de nova consulta para interpretação pelo médico solicitante: *... a gente pede o exame normal, aí ela colhe aqui, vai pra o Julião ou então a gente encaminha pras conveniadas que têm o laboratório... não tem problema...* (PED3); *Agora, demora muito... o pessoal passa mais de um mês pra pegar o resultado e voltam pra marcar pra trazer...* (PED2).

Fatores que influem no acesso ao contínuo assistencial

As narrativas relativas ao contínuo assistencial referiram-se ao acesso das crianças aos especialistas com repercussões no processo de referência e contrarreferência.

a. Agendamento de consultas especializadas: oportunidades e barreiras conforme a adscrição ao PSF/PACS

Na visão de quase todos os atores o acesso das crianças à atenção especializada é caracterizado por uma oportunidade com o advento da Central de Regulação do Município. Porém as principais dificuldades são decorrentes da diferenciação na forma da marcação das consultas, relacionada à pertença da criança à área de adscrição do PSF/PACS. Para as crianças adscritas o agendamento é feito na Policlínica ou UBT a

que estão vinculadas, com a entrega domiciliar do dia determinado da consulta pelo ACS; para as de áreas sem cobertura programática as mães são encaminhadas para a procura no próprio serviço especializado, com a necessidade de seu deslocamento para marcação em qualquer área da rede municipal: ... *Se o paciente é da área de ... (área adscrita), você faz o encaminhamento e as meninas (ACS) tentam marcar lá, já tem umas cotas de especialista... Agora, outras eu encaminho direto para os serviços dos grandes hospitais... a mãe tem que descobrir o dia que é de marcação...* (PED3).

b. Urgências e emergências: contradições no processo de referência

Para a maioria dos atores sociais não existe apoio para a transferência das crianças que necessitem de tratamento de urgência, quando da consulta na policlínica ou UBT: ... *a gente não tem o que fazer... Não se tem nada... encaminha na carreira pro ... (serviço de emergência). Paga um táxi do bolso da gente... essa ambulância que nunca tem...* (PED7); no entanto, um gestor de uma das Policlínicas emitiu uma opinião divergente sobre a inexistência de dificuldades na transferência da criança para um serviço de emergência: ... *pode chegar um menino aqui com uma dor intensa... Aí examina e imediatamente a gente manda buscar uma ambulância e leva...* (UB1).

c. Coordenação dos serviços: barreiras de acesso entre níveis assistenciais

O mecanismo de referência e contrarreferência na continuidade da atenção infantil foi percebido como falho ou inexistente para todos os informantes, com riqueza de narrativas.

As falhas na contrarreferência foram relacionadas nos distintos níveis de complexidade do sistema, tanto dos subespecialistas pediátricos dos serviços de alta complexidade para os pediatras das Policlínicas: ... *só algumas vezes vem a contra referência... mandei, escrevi em formulário próprio ao especialista, botei o diagnóstico... mas perde-se no caminho.* (PED5); quanto das Policlínicas para o PSF: ... *não está havendo essa contrarreferência. O médico do PSF encaminha o paciente pra cá, a gente não tem onde encaminhar... nem o médico às vezes manda nessa ficha, manda no receituário... quando chega lá de volta, ele não sabe o que foi que o médico daqui fez com aquele paciente...* (UB2).

Alguns informantes médicos narraram que a principal causa para a não realização da referência padronizada é a perda de tempo no preenchimento do formulário: ... *escrevo em um receituário, acho uma coisa mais prática, ... você perde muito tempo... às vezes tem tanto menino! Isso pode ser preenchido por uma assistente social...* (PED1); entretanto um deles percebe que a

falha existiria no não referenciamento adequado das crianças pelo PSF: ... *além da falha das ESF em não referenciar oportunamente as crianças aos pediatras das Policlínicas (PED4).*

Houve várias narrativas sobre a contrarreferência para as Policlínicas ser informal, oportunizada principalmente através do retorno espontâneo das mães após a consulta com o especialista: ... *Agora não é assim “casado” não, referência/contrarreferência... é assim, voluntário: “volte aqui pra me dizer”... (UB3).*

Quadro 14 – Oportunidades e barreiras nos procedimentos para a atenção à criança na opinião dos profissionais das Policlínicas e UBT

Nível de Atenção	Atenção Básica		Atenção de Média/Alta Complexidade	
	Oportunidade	Dificuldade	Oportunidade	Dificuldade
Agendamento de consultas	Feito pelo ACS para as adscritas ao PSF/PACS	Feito pelas mães com filas de espera para as não adscritas	ACS/Central de Regulação para as adscritas PSF/PACS	-Mãe se desloca aos serviços para marcação para as não adscritas; -Sujeito a cotas independente de adscrição
-Agendamento de exames clínico-radiológicos -Entrega dos exames	Direto e fácil feito no serviço -	- Demora +/- um mês e remarca a consulta	ACS/Central de Regulação para as adscritas PSF/PACS -	-Mãe agenda nos serviços para as não adscritas; -Demora > um mês e remarca consulta
Coordenação dos serviços: acesso entre níveis	Protocolo próprio e legível	-Pouco tempo para preencher	-	Inexistente/sem protocolo/ilegível/informal -Falta de apoio ao encaminhamento

2.4 - Influência dos fatores maternos e contextuais

Na opinião deste grupo de informantes as condições familiares e contextuais sociais das mães das crianças apresentam várias características que podem funcionar como barreiras ao acesso das crianças aos serviços de saúde e influenciar na persistência da mortalidade infantil evitável. Estas características relacionam-se também com a percepção materna das necessidades de atenção em saúde das crianças.

Polaridade de condições socioeconômicas: desigualdade no acesso econômico

A maioria dos informantes percebe uma polaridade quanto ao nível socioeconômico das famílias das crianças determinada pela pertença ou não à áreas de abrangência do PSF, as que vivem em localidades não adscritas ao mesmo têm um nível melhor de vida e, por conseguinte, gozam de melhores condições para o acesso aos serviços. Em contraposição, as provenientes das áreas de adscrição, em geral favelas, têm baixo poder aquisitivo e indisponibilidade financeira para o deslocamento com as crianças e para a aquisição de medicamentos: ... *É uma classe média que vem... as piores condições... é o daí do PSF do Pilar...* (PED2);

... a gente diz assim: “vai lá no posto que é tão pertinho”... aí ela vem, arrastando o menino... mas tem a volta também, ela vai andar dois Km... vai pensando na medicação que tem que comprar... (UB1).

Polaridade de nível educacional: desigualdade no conhecimento sobre o cuidado e os direitos em saúde

Grande parte dos atores opinou que a desinformação sobre os cuidados em saúde da criança está diretamente relacionada ao nível de instrução das mães, uma vez que as de maior escolaridade apreendem melhor as recomendações dos profissionais: ... *aqui a gente atende um pessoal que tinha serviço de seguro saúde que perdeu... tem muitas de nível social melhor, daí fica mais fácil de você se relacionar e de você trabalhar... mas não são todas...* (PED1). Alguns informantes relacionaram a falta de instrução ao desconhecimento sobre os direitos da atenção integral e prioritária dos filhos proporcionada pelo SUS: *Eles não conheceram esses direitos... a própria reforma da saúde, do SUS que é universal... aonde você chegar você ser atendido...* (UB1).

Fraca rede de apoio social

Na visão de muitos informantes a fraca rede de apoio social interfere no acesso aos serviços de saúde dificultando o deslocamento das mães com as crianças, além de não terem ajuda com os demais filhos, determinando que as mães se desloquem com várias crianças aos serviços: *Não, acho que ela não tem esse apoio não... se tiver é... uma vizinha... que é o que você não vê muito essa solidariedade... Às vezes vem uma mãe marcar pra três, quatro de uma vez... e a gente vê que é confuso nesse dia...* (UB2).

Violência urbana

A questão da violência urbana nas áreas de residência das crianças atuando como um fator impeditivo ao seu acesso foi narrada por um informante: *... outra dificuldade também que a gente tem muito aqui é a violência que existe... eles têm medo, que prejudica o acesso deles aqui.* (PED5).

Percepção das necessidades das crianças de atenção em saúde

Os informantes descreveram os principais problemas de saúde das crianças que acedem a estes serviços, as suas necessidades de atenção percebidas pelas mães, assim como a procura por assistência nos serviços.

a. Principais problemas de saúde identificados pelos profissionais

Para a maioria dos profissionais as crianças acedem às policlínicas e UBT com doenças comuns da infância, associadas aos resfriados, episódios leves de asma ou doenças de pele e muitos deles afirmam que quase não chegam mais crianças com diarreia ou desnutridas: *Doenças respiratórias, ou então, escabiose... diarreia diminuiu bastante...* (PED6);
... não tem aquele menino desnutrido... é mais aquela coisa mesmo de ambulatório. (UB2).

b. Percepção da gravidade das doenças e procura por assistência pelas mães

Na visão da maioria dos informantes as mães percebem o nível de gravidade do problema de saúde dos filhos com a correspondente procura pelos serviços, porém um deles relatou que as mães residentes nas favelas têm percepção diminuída em relação às de melhor nível socioeconômico: *... Eu as acho bem esclarecidas... não demoram pra trazer a criança... as mais, como eu digo... é do ... (comunidades de favelas) que são mais...* (PED2). Apenas para um informante as mães em geral têm pouco conhecimento sobre a doença do filho

que motive a procura pelo serviço: *Não, elas têm pouco conhecimento que aquilo ali precisa ser tratado...* (PED4).

c. Adequação da utilização dos serviços pelas mães: contradições

Houve conflitos de opiniões com relação ao uso que a mãe faz dos serviços em relação à doença apresentada por seu filho, enquanto para uns com o atual modelo de porta de entrada pelo PSF com as visitas do ACS as mães utilizam a referência mais adequadamente: *Eu tenho notado até que elas têm... aguardado... vai esperar que na outra semana o ACS venha conversar pra ela vir procurar o serviço... “fulana vai passar aqui...”* (PED4); para outros, os serviços de referência que seriam de apoio para o PSF, são utilizados pelas mães de maneira equivocada para consultas preventivas devido ao seu pouco conhecimento: *... existem os PSF com aquelas ACS, que vêem isso... cartão de vacina, tudo mais... mas os favelados são muito ignorantes, parece que não captam... e vêm à procura da gente pra orientar... Eu não pego quase ninguém doente.* (PED7).

Por outro lado, na visão de poucos informantes as mães procuram as emergências por problemas simples pelo não atendimento de pequenas urgências nas Policlínicas e nos serviços básicos, superlotando aqueles serviços: *... o que é que faz essa mãezinha que chegou aqui com a menina com febre, há vinte e quatro horas não conseguiu atendimento? Vai pra emergência... que fica inchada... Mas, podia ter resolvido aqui...* (PED6).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

-Precariedade das condições de vida

Na visão de muitos atores a mortalidade infantil evitável está diretamente associada às questões mais gerais da sociedade como a miséria, a falta de saneamento básico, o desemprego, que se apresentam como importante barreira no seu enfrentamento: *... acho que é miséria de vida do povo mesmo, porque a maioria desses óbitos é de classe social pobre... emprego está cada vez mais difícil, creche... não tem alimentação adequada, moradia decente, vive ali naquele mangue com todo tipo de doenças...* (UB2); *... as condições de saneamento... é triste. As pessoas moram em barraco de papelão... ninguém pode ter saúde num lugar desses... aqueles esgotos à céu aberto próximo às casas, ali as crianças brincam...* (PED3).

-Papel da mãe no óbito infantil

Apenas dois informantes perceberam que as mães exercem alguma influência na mortalidade dos seus filhos, imbricada à sua deficiência educacional que interfere na

percepção da gravidade da doença da criança ou no cuidado infantil: ... o nível de educação... às vezes até a criança está doente e ela não percebe a gravidade... e não têm aquele asseio com as próprias crianças... (PED4).

Quadro 15 – Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais na opinião dos profissionais das policlínicas e UBT

Causas das dificuldades	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
<ul style="list-style-type: none"> -Condição socioeconômica familiar precária -Baixo nível educacional materno -Violência urbana 	<ul style="list-style-type: none"> -Indisponibilidade financeira para aceder aos serviços mais distantes e para comprar medicamentos -Incompreensão das informações em saúde -Falta de percepção sobre a gravidade do quadro clínico da criança -Pouco conhecimento dos direitos das crianças na atenção integral à saúde -Utilização inadequada dos serviços de emergência -Dificuldade no acesso das crianças às ações e serviços de saúde
Fraca rede de apoio social	Dificuldade para aceder e/ou manejar os problemas de saúde das crianças

3 - Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde: profissionais do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Nesta seção é descrito o conceito dos profissionais do PSF e PACS sobre a atenção à saúde infantil que consideram adequada, seu conhecimento sobre as diretrizes governamentais que norteiam a saúde da criança e sua aplicação no território do DS I de Recife. Incluem-se as opiniões desse grupo de atores sobre as características institucionais no âmbito do SUS, assim como as maternas e contextuais que podem facilitar ou dificultar o acesso das crianças à atenção à saúde. As narrativas também revelam a influência dos distintos fatores na prevenção da mortalidade infantil evitável.

3.1 - Conceito de atenção adequada à saúde da criança

Os informantes do PSF e PACS de uma forma geral revelaram conceitos diretamente ligados ao processo de atenção, com quase todos os discursos associados às ações preventivas e curativas e a longitudinalidade no âmbito da atenção básica. A atenção adequada também se relaciona à importância do trabalho em equipe, assim como à humanização do atendimento infantil e à adaptação do trabalho em condições adversas.

Destacando as ações preventivas e curativas na atenção básica. Quase todos os informantes conceituaram a atenção adequada à saúde infantil como aquela que realiza ações de promoção e prevenção, destacando a importância de atenção curativa quando a criança adoece, com elaboração de todo o percurso da atenção infantil na atenção básica, omitindo o processo de continuidade nos demais níveis de complexidade: ...
Deveria ser desde o pré-natal até ela se tornar adolescente... A gente faz aqui no pré-natal, e depois que nasce, tem a consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é a puericultura, tem a consulta médica quando necessário e com um mês e com um ano e o esquema vacinal todinho garantido... (ENF7).

Destacando o trabalho em equipe e o compromisso. A maioria dos informantes destacou o trabalho em equipe como forma de trabalho dentro das ESF, associado ao compromisso profissional para com as ações executadas, facilitando o acesso das

crianças à atenção como um indicativo de atenção adequada: *Ou vêm pra mim ou vêm pra médica, que sempre a gente trabalha em conjunto, eu e ela... eu acho aqui os profissionais muito interessados, comprometidos, as ACS muito comprometidas com a comunidade* (ENF10).

Destacando a humanização. Poucos informantes, principalmente os ACS relacionaram a atenção adequada à criança enfatizando o conceito de humanização da atenção, valorizando os aspectos subjetivos e o diálogo entre os profissionais e as mães, que garante uma melhor relação interpessoal: *... Aqui mesmo na unidade (USF) é muito trabalhado isso, esse lado da humanização... o lado emocional, que a gente conversa... porque pra o neném estar bem, a mãe também tem que estar bem...*(PSF7).

Destacando uma maior atuação governamental na melhoria das condições adversas de vida. Alguns informantes associaram a atenção adequada com a necessidade de maior atuação do Governo nas áreas de grande exclusão social, destacando a importância do seu envolvimento no enfrentamento de questões sociais mais amplas que possuem interface com a saúde infantil: *... o Estado deveria ter uma atenção voltada maior pra essas crianças que vivem no submundo... passam fome, moradias inadequadas... Não tem o crescimento e desenvolvimento adequado pra idade dela, não tem uma educação, uma escola, não tem um direito, não tem nada adequado pra aquela criança* (Enf PACS).

3.2 – Política de atenção à saúde da criança

A maioria dos informantes tem o conhecimento da política de atenção à saúde da criança limitado à atuação dos programas conforme o seu nível de atenção, havendo divergências quanto ao papel desempenhado pelos componentes da equipe do PSF. Apesar das narrativas sobre algumas oportunidades na aplicação das diretrizes, a maioria centrou os discursos nas dificuldades encontradas, relacionadas ao conteúdo da política, sua aplicação e divulgação nos serviços, com importantes repercussões sobre a prevenção dos óbitos infantis por causas evitáveis.

Conhecimento da política de atenção à saúde da criança

Todos os informantes revelaram um conhecimento em consonância com as diretrizes dos programas em que estão vinculados, porém limitado a seu nível de atenção, relatando as ações preventivas com o seguimento das crianças no nível domiciliar, com ênfase às crianças de risco e atenção curativa nas USF: ... *A gente tem pré-natal, depois a gente quando o bebê nasce a puericultura, que é o acompanhamento, a pediatria, que a gente também marca uma vez no mês pra pediatria, pra avaliação melhor e todas as atenções que o bebê precisar até cinco anos...* (PSF14). A maioria dos ACS enalteceu o acompanhamento das crianças de risco dentro das ações preconizadas no Projeto Cidadão: *A gente tem o Projeto Cidadão também, que é da prefeitura do Recife... que é as crianças que nascem de baixo peso, as gestantes que têm o parto prematuro, ou gestante adolescente, que também são acompanhados mais rigorosamente de que uma criança comum...*(PSF8).

Poucos informantes relataram a atenção integral à criança incluindo os distintos níveis de complexidade do cuidado: *Assim, são muitos, mas assim... federal tem campanha de vacinação, a questão da criança de risco... são três direcionamentos da saúde da criança, a gente está num elemento que é básico, se não resolve dentro do básico a gente vai transferir às policlínicas, se não, a nível hospitalar, onde tem as especialidades de casos complexos ...* (ENF9).

Quase todos os informantes percebem que as atividades preventivas são de responsabilidade exclusiva da enfermeira e a atenção curativa, do médico, distinto do preconizado de que seriam atribuições de toda a ESF: ... *tem a consulta de enfermagem no acompanhamento... que é a puericultura, tem a consulta médica quando necessário...* (ENF7).

Oportunidades na aplicação da política

Se restringem à melhora da cobertura vacinal com o advento do PSF para quase todos os informantes: ... *todas as vacinas preconizadas pelo PNI são ofertadas pelo PSF, a gente não tem a falta desse insumo...* (ENF5).

Opinião sobre a divulgação da política: contradições

A maioria das narrativas referiu-se a falhas na divulgação da política de saúde da criança nos diferentes níveis do sistema, do gerencial ao local, com repercussões ao desempenho das atividades. As falhas revelam-se na pouca disponibilização de material instrucional de atenção aos profissionais, determinando sua obtenção de forma individual : ... *A gente recebe pontual algumas coisas... mas a Agenda (referindo-se à Agenda de Compromissos) eu não recebi pelo serviço, eu tenho ela de cor porque peguei na internet...* (ENF3); assim como no repasse de informações às mães, que só é realizado no nível individual durante as consultas, não havendo divulgação de rotina no cotidiano dos serviços: ... *divulgação a nível coletivo assim, de comunidade? Não. A mãezinha quando vem a gente já orienta... quando o bebê nascer, é boca a boca...* (MED8).

Entretanto, para poucos informantes existe uma boa divulgação das informações tanto aos profissionais quanto às mães: ... *assim, pra os profissionais elas são bastante divulgadas.* (ENF8);

Olhe, a gente divulga pra população... a gente tem de rotina fazer quase que diariamente uma palestrazinha ali dentro da sala de espera... (ENF5).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

-Oportunidades

Uma grande parte dos informantes afirmou que desde a implantação do PSF e PACS houve melhoras na realização das ações preconizadas no PAISC relativas à promoção da saúde infantil, com a queda da mortalidade infantil: ... *acho que a gente não tá cem por cento, mas estamos chegando lá... diminuiu a mortalidade infantil... por causa do acompanhamento, do tratamento específico que a gente dá a essas crianças... no caso de vacina, de diarreia, aí foi controlado isso...* (PACS3).

-Barreiras: fragilidade das ações intersetoriais

Quase todos os profissionais narraram que a falta de articulação intersetorial no enfrentamento da condição de adversidade socioeconômica das famílias das crianças é uma grande barreira na prevenção da mortalidade infantil: *... não é tanto responsabilidade da saúde em relação ao óbito infantil... é questão política também, da exclusão social... tem outros fatores aí envolvidos, estruturais, socioeconômicos, políticos, familiares, a saúde é limitada pra tratar esses problemas...* (ENF9).

Quadro 16 – Dificuldades relacionadas à aplicação e divulgação das políticas na opinião dos profissionais do PSF e PACS

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
Falha na disponibilidade de material instrucional aos profissionais Falha na execução de atividades educativas coletivas Fragilidade das ações intersetoriais	-Repasse das ações às mães no plano individual sem padronização -Manutenção de fatores determinantes do óbito infantil evitável

3.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção

A opinião dos profissionais do PSF/PACS voltou-se à disponibilidade de recursos e à organização da atenção, incluindo os mecanismos que garantem a continuidade do cuidado à saúde infantil. Todos os informantes perceberam que os fatores relacionados especialmente à cobertura insuficiente do PSF e PACS, com sobrecarga de atividades dos profissionais, além de problemas referentes a estes, ocasionam o descumprimento das ações programáticas, prejudicando as ações preventivas e curativas para a manutenção da saúde infantil.

Pouca disponibilidade de recursos para a atenção: barreiras na oferta

Destacou-se a extrema escassez de recursos físicos, materiais e humanos para a oferta de ações e serviços por quase todos os profissionais, com destaque aos que atuam no PACS.

a. Deficiência de infraestrutura e recursos materiais

A insuficiência de infraestrutura e de insumos, a falta de materiais para a execução das atividades, incluindo a falha na manutenção de equipamentos, foi relatada por praticamente todos os profissionais como um grande obstáculo para o atendimento infantil: ... *otoscópio, nem sempre funciona ou falta pilha, se a gente não comprar... falta local mesmo, só são três salas para duas equipes aqui...* (MED4); *As condições do ambiente são precaríssimas, é um arranjo... porque a gente tá numa trincheira... Nós somos soldados rasos, e ninguém se preocupa com isso...* (MED9). Para um único informante, entretanto, os recursos básicos são adequados para a atenção infantil na dependência das reivindicações da equipe e comunidade: ... *ar condicionado, que era luxo, a gente conseguiu... tem estetoscópio, otoscópio, antropômetro, balança de criança... nebulizador, vacinas... eu acho que pra criança, o básico pelo menos, nós temos.* (MED10).

Na opinião dos informantes do PACS, as dificuldades também são devidas à falha na disponibilização pela gerência do DS I de suporte necessário para a execução das atividades na Policlínica a qual o PACS está adscrito, uma vez que este programa não conta com unidade básica própria: ... *a gerente de território mesmo não dá um suporte necessário que eu preciso, de material, de tudo e tal... e pra conseguir esse material é muita burocracia... tem que pedir no (Policlínica) que já tem a sua clientela própria...* (Enf PACS); ... *a gente pede suporte de material à ... (enfermeira), aí ela vai pedir a uma gerência, não consegue, então, ficamos também sem*

conseguir... (PACS1); A gente tem uma enfermeira que atende puericultura e gestante... não tem espaço também, não tem uma sala pra ela, entendeu?... (PACS2).

b. Disponibilidade de medicamentos irregular

A maioria dos profissionais relatou que existe um suprimento adequado de medicação básica para as crianças, apesar de ser irregular. No entanto, a medicação especial não é disponibilizada nas USF, exigindo o deslocamento dos usuários para outros serviços de saúde municipais: *Medicamentos, de uma maneira geral, nós temos, mas falta muito medicamentos especiais, isso aí eles recebem em uma outra Farmácia Central. (MED5).*

c. Dimensionamento inadequado do PSF: barreiras na cobertura das ações básicas

-A insuficiência de recursos humanos que oportunizem um atendimento satisfatório foi unânime na visão dos informantes, além da existência de áreas sem cobertura dos programas. O excesso de pessoas e de atividades para cada equipe do PSF das áreas cobertas pelo programa ocasiona a falha na realização das atividades promocionais, preventivas e curativas da saúde infantil: *... eu acho que o número de famílias pra o PSF é muito grande, em especial por se tratar de uma área de risco, porque aí você tem que ter um tratamento diferenciado... (ENF3); ... a área descoberta tem piores coisas do que aqui dentro da favela que a gente acompanha... (ACS3).*

-O excesso de atribuições dos profissionais das equipes do PSF determina o descumprimento de alguns dos muitos programas prioritários: *...a gente não pode deixar de falar que o PSF não só atende a criança, atende como um todo... a gente dá prioridade aos grupos de criança, de mulher, em relação ao pré-natal, a prevenção do câncer, aos hipertensos, diabéticos... então, esses outros programas, o excesso de burocracia, de trabalho, de cobranças, de falta de pessoal, isso termina interferindo ... termina algum grupo ficando atrás...(ENF9).* Entre essas prioridades muitos informantes destacaram a falha no acompanhamento da criança de risco pelo médico: *... Já na Agenda diz assim: “O desnutrido tem que ser visto a cada quinze dias pelo médico”. Aí eu não tenho esse espaço na agenda do médico pra ver a criança desnutrida... (ENF3).*

-O déficit de recursos humanos para a atenção também se reflete na falta de agentes administrativos para exercer as funções burocráticas na unidade de saúde do PSF, que são exercidas pelo ACS, prejudicando as visitas domiciliares onde são realizadas as atividades educativas para a manutenção da saúde das crianças: *... o próprio sistema do*

PSF... não está funcionando... o ACS deveria estar mais na parte educativa, elas têm desvio de função... ficam no arquivo, na recepção, porque não tem um agente administrativo... virou um menino de recado... marcou o encaminhamento, ele só faz levar pra casa da paciente. (ENF4). Além disso, muitos ACS relataram que a ausência do acompanhamento da enfermeira, responsável por sua supervisão durante as visitas e por uma avaliação mais aprofundada dos problemas de saúde das crianças, pode acarretar o agravamento de doenças não percebidas por eles: ... *eu acho que o enfermeiro deveria acompanhar mais o ACS na visita domiciliar... O ACS às vezes fica muito sozinho...* (ACS5). Por sua vez, grande parte das enfermeiras relatou não conseguir exercer sua função primordial de supervisão do ACS pelo excesso de demanda de consultas nas unidades do PSF: *Porque a gente é um eterno supervisor da atenção básica... se eu não tenho esse tempo, é uma das grandes falhas, porque é uma demanda muito grande...* (ENF11). Em contrapartida, para os ACS do PACS o problema no acompanhamento domiciliar é devido à ausência de enfermeira supervisora em uma das equipes, com a não realização da visita de enfermagem: *Isso é ruim, porque as mães estão gestantes, então já vem o acompanhamento nosso... e quando o bebê nasce, a gente não tem aquele acompanhamento que tem que ter com enfermeiro...* (PACS5).

-O excesso de trabalho no PSF também foi destacado pela frustração e angústia do profissional, geradas pela impossibilidade da execução das ações educativas e curativas na comunidade: ... *eu fico angustiada porque você não consegue fazer o que você gostaria... Eu já iniciei grupo (de educação em saúde) aqui e não consegui levar adiante, não temos pernas pra isso... pelo excesso de trabalho* (ENF1); *Eu me angustio muito... não dou atenção às crianças porque as outras categorias do programa me consomem demais e a parte de pediatria fica sem assistência médica...* (MED9).

-O déficit do profissional médico nas equipes do PSF foi narrado por muitos informantes como um dos mais importantes obstáculos à atenção preventiva e curativa infantil, determinando distintas opiniões sobre o problema na visão dos médicos e das enfermeiras:

a. A ausência de médico nas equipes ocasiona o atendimento a crianças doentes pela enfermeira, com prejuízo das ações preventivas, repercutindo inclusive no encaminhamento desnecessário das crianças para as Policlínicas: ... *eu estou a seis meses sem médico... então eu não atendo puericultura... atendo a demanda que chega pra mim... aí se foge do AIDPI, eu tenho que encaminhar pra pediatria...* (ENF3).

b. Algumas enfermeiras narraram o dilema profissional da necessidade da prestação de assistência curativa fugindo do escopo da profissão: ... *A gente tem que resolver todos os problemas... às vezes só cuidando dessas crianças que só chegam doentes, aquelas que precisam de orientações e da prevenção pra não adoecer ... fica a desejar... ainda trabalha assim, tipo umas fugitivas, que tem que prescrever uma coisa escondida, tem que arranjar um jeitinho, porque se você não fizer, foi negligente, não cuidou... e se for um pouco a mais... tá passando das suas limitações profissionais... porque não tem médico, se tem um é sobrecarregado... Mas era tão bom se a gente pudesse trabalhar só a promoção...* (ENF9).

c. Por outro lado, a maioria dos médicos considera que as enfermeiras não têm formação profissional para o diagnóstico e o tratamento, contribuindo para o agravamento de algumas doenças não diagnosticadas precocemente: ... *Eu não concebo a enfermeira atender pediatria... chegou pra mim, uma criança no décimo mês de vida, tinha um sopro cardíaco que eu encaminhei imediatamente pra a referência cardiológica... então, em nove meses, o médico não viu essa criança uma vez que a enfermeira não tem o preparo de diagnosticar sopro...* (MED5).

Inadequação dos recursos humanos

Todos os informantes perceberam dificuldades relativas aos profissionais que atuam no PSF/PACS, com grande multiplicidade de fatores, desde a ausência de perfil para exercer as atividades e a falta de identificação com os Programas, à falta de treinamento, frustração profissional, que influem na atenção ofertada e no desfecho da mortalidade infantil.

a. Ausência de perfil para atuar nos programas

Quase todos os informantes opinaram que existe um grande número de profissionais que não tem perfil ou interesse para exercer as atividades programáticas, com repercussões evidentes nas ações preventivas: ... *tem profissionais que não têm condições de estar na USF, não têm interesse, não têm perfil e não têm vontade de aprender* (ENF1).

b. Mudança no papel desempenhado pelo ACS

Muitos ACS criticaram sua atuação no PSF, quando comparado ao antigo PACS, em que focavam suas atividades na saúde da mulher e da criança, ao invés de estendê-la a toda população como fazem atualmente, opinando que são identificados pela comunidade como marcadores de consultas, com evidentes prejuízos à educação em saúde das ações preventivas na manutenção da saúde infantil: ... *eu acho que no PACS a*

*criança era mais coberta, do que agora no PSF... a gente trabalhava mais a saúde da criança mesmo, não era a doença não. Ai às vezes elas (as mães) acham a gente agora como marcadora, não como orientar elas... (ACS6). Uma grande parte de ACS narrou que o excesso de burocracia no PSF em detrimento das atividades preventivas nas visitas domiciliares e a falta de divulgação dos resultados para corrigir erros e melhorar o trabalho, prejudicam o desempenho do programa: *Sabe onde é que a gente bate muito os entraves do PSF? É na burocracia... é onde entra um monte de papel, um monte de formulário, um monte de programa, que às vezes não dão também retorno pra gente... a gente só tá pra fazer... (ACS12).**

c. Insatisfação do médico pelos baixos salários e desvalorização profissional

Para muitos informantes, em especial os médicos, a insatisfação com a defasagem salarial no PSF desvalorizam o exercício da profissão interferindo na atenção prestada: *... Eu não reclamo do meu trabalho, porque eu gosto do que eu faço... mas você sabe que o salário está deficiente demais, não está valendo a pena trabalhar no PSF... (MED8).*

d. Estabilidade no cargo

Na visão de alguns informantes o Concurso Público que vai legitimar como funcionário público todas as categorias do PSF, poderá ser mais um fator complicador para o trabalho nas equipes, pelo acesso de profissionais desqualificados e sem perfil para o trabalho: *O vínculo estava precarizado... mas agora se a gente não pegar profissionais com perfil, que queiram realmente trabalhar, vai desandar infelizmente... (ENF4).*

Acessibilidade geográfica: oportunidades e barreiras

Na visão da maioria dos profissionais a localização das USF próximas ao domicílio das crianças é um fator de facilitação do acesso à atenção em todos os níveis de complexidade e a inadequação da acessibilidade foi relatada por poucos informantes de unidades específicas: *Não é bem localizada não, o problema é físico mesmo, a estrutura é aqui, e o povo mora pro outro lado... eles têm dificuldades. (MED1).*

No entanto, existem problemas para acederem a alguns serviços de atenção especializada, ou para a realização de exames clínico-radiológicos básicos que estejam fora da micro-área de adscrição, quando a mãe necessita se deslocar com a criança em trajetos maiores utilizando transporte, com implicações à acessibilidade econômica: *Aqui*

tem uma localização excelente... é fácil de elas virem. (MED9); ... porque às vezes a mãe precisa da passagem para levar a criança, andando daqui para o Julião (laboratório central municipal) e ela diz já não dá... (ENF2). Neste sentido, todos os informantes relataram que as mães recebem auxílios do DS I para lidarem com o deslocamento das crianças, acrescentando que os mesmos são insuficientes para a demanda: ... a gente recebe uns vales, não é muito, são quinze, aí eu dou pra mãe levar a criança pra emergência. (ENF10).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

-Muitos informantes percebem que pela falta de identificação com os programas, alguns profissionais não incorporaram o trabalho em equipe, levando a uma piora na qualidade da atenção contribuindo para a persistência dos óbitos por causas evitáveis: ... *eu acho que essas crianças que ainda estão morrendo por diarreia e pneumonia é porque ainda falta orientação, ainda falta aquela equipe ali, junto... uma atenção maior. (ENF7).*

-A falta de educação permanente na forma de treinamentos, reciclagens, cursos, etc., foi narrada por vários profissionais como um importante fator para o pouco conhecimento das atividades na prática dos serviços, o despreparo na atenção infantil e na prevenção dos óbitos: ... *eu acho que os óbitos acontecem ainda porque a informação ainda é carente... o ACS, pra poder passar uma informação, tem que aprender primeiro... (PACS2).*

Quadro 17 – Barreiras ao acesso relacionadas à disponibilidade dos recursos para a atenção na opinião dos profissionais do PSF e PACS

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
Recursos materiais e infraestrutura Déficit de insumos e de equipamentos e inadequação de infraestrutura para a atenção	- -Restrição à utilização das ações e serviços
Recursos humanos -Insuficientes para as áreas adscritas especialmente de médicos Inadequados: -Ausência de perfil e compromisso -Dificuldade do trabalho em equipe	- -Descumprimento das ações preconizadas no PAISC: -falha nas visitas domiciliares preventivas do ACS -limitação na atenção preventiva e falhas diagnósticas na atenção curativa das enfermeiras -limitação na atenção curativa dos médicos -falta de priorização à atenção infantil na AB -crianças de risco sem seguimento médico -desatualização e despreparo na oferta das ações
Disponibilidade de medicamentos -Irregular -Especiais apenas disponíveis na Farmácia Central	- -Custo familiar se necessidade urgente ou no deslocamento para sua obtenção
Pouca disponibilidade de vales-transporte	-Custo familiar para o deslocamento da criança
Acessibilidade geográfica -Oportunidades e barreiras	- -Adequada: USF -Inadequada: serviços especializados e exames básicos fora da micro-área

Organização da atenção: oportunidades e barreiras ao acesso

As oportunidades e barreiras se referiram às visitas domiciliares e ao processo para agendar e obter consultas médicas e de enfermagem, sendo reveladas diferenças a depender do programa e os conflitos dentro das equipes, relacionados à profissão e/ou nível de formação, que se constituíram em barreiras ao cumprimento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das crianças.

-Visita domiciliar: conflitos intra-equipes

Praticamente todos os profissionais opinaram que a visita domiciliar é uma rotina da atenção infantil do PSF e PACS, sendo realizada diariamente pelos ACS e duas vezes na semana pelos médicos e enfermeiros. Entretanto, alguns médicos e enfermeiras relataram que nem sempre os ACS realizam as visitas diariamente conforme o preconizado para sua categoria, enquanto alguns ACS do PSF narraram que estes profissionais restringem as visitas às crianças de risco ou a pacientes com dificuldades para caminhar, por priorizarem o atendimento realizado dentro das USF: ... *eu não acredito*

que eles (os ACS) passem nas casas... porque tem pacientes que eles nem conhecem ... Nascem, engravidam, nascem e eles não visitam... (MED9);

Eles (médico e enfermeira) têm a agenda deles toda amarrada em cima de atendimento dentro da unidade... aí só têm um dia na semana pra visitar, aí, visita as famílias de risco ou pessoas acamadas. (ACS2).

-Procedimentos para a atenção

a. Agendamento de consultas: oportunidades e barreiras

-Para quase todos os profissionais, o primeiro agendamento das crianças para o seguimento nas USF (PSF) ou Policlínicas (PACS) e as consultas clínicas, é de responsabilidade do ACS, sendo as consultas subseqüentes de puericultura agendadas pela enfermeira, não havendo obstáculos para sua marcação: *Não tem que chegar cedo, essas coisas... a primeira consulta a ACS marca, diz o dia, as subseqüentes eu já deixo marcadas... (ENF1).*

-Alguns informantes do PSF, narraram que existem consultas que são agendadas diretamente na USF, havendo diferenças de opinião quanto ao motivo desta ocorrência: enquanto para uns a população não aderiu ao modelo atual de agendamento prévio: *Aqui, diferente dos outros, é demanda espontânea, a gente não tem marcação... porque marcava e as pessoas não vinham... (ENF4);* para outros a restrição de consultas por ACS é o determinante da marcação direta pelas mães nas USF: *... eu acho que está tendo dificuldade assim na puericultura... porque agora... as mães chegam de madrugada pra fazer a ficha... (ACS6).*

-A ausência da enfermeira supervisora em um dos PACS determinou barreiras para a marcação da puericultura das crianças na percepção de vários profissionais desses programas, sobrecarregando a atenção na Policlínica: *... a gente tá sem enfermeira, aí esse acompanhamento tá um pouco falho, as crianças estão nascendo e a gente tá encaminhando direto para o posto de saúde (referido-se à Policlínica) pra que esse atendimento seja feito pelo médico... (PACS6).*

-Por outro lado, para alguns informantes do PACS a realização de agendamento prévio domiciliar pelo ACS para as doenças agudas na Policlínica determina constantes faltas das crianças, com a sobra de vagas, prejudicando pacientes que necessitariam de atenção naquele dia. Na opinião de um informante este fato é devido à facilidade de marcação, que deveria ser realizada pela mãe: *... às vezes provoca uma acomodação das*

famílias... é tão fácil pedir e eu ir lá e marcar uma consulta, que às vezes... simplesmente não vão ... Então, há constantes reclamações das... (Policlínicas)... para não acontecer essa falta é a mãe, de madrugada, que tem que ir pra lá, esperar uma ficha... (PACS1).

b. Consultas de doenças agudas: contradições

Quase todos os profissionais do PSF relataram que não existem dificuldades para o atendimento de crianças que apresentem doenças agudas sem gravidade clínica pelo médico, sendo rotina o encaixe desses pacientes na unidade de saúde do PSF: *Mesmo não sendo dia de atendimento de criança, o médico atende ou às vezes ele vem até a própria sala, e vê e dá orientação ali mesmo (ENF4).* No entanto, na opinião de alguns profissionais, o procedimento de encaixe não é de rotina, mas dependente da sensibilidade do médico da equipe do PSF: *... as intercorrências depende do médico... Se você tiver a sensibilidade de atender, você atende... se não, você encaminha... (MED5).*

c. Métodos complementares do diagnóstico: oportunidades e barreiras

Na visão de todos os profissionais a marcação e execução de exames clínico-radiológicos é fácil, entretanto quase todos relataram que o problema se configura no fornecimento dos resultados, obrigando em alguns casos, a referência da criança às emergências para a realização de exames que necessitem do resultado rápido para confirmação diagnóstica, contribuindo para sua superlotação: *É outra complicação... em médio prazo eu tenho esses exames, o que eu precisar eu posso contar, mas em curto prazo não... Aí eu tenho que mandar pro ... (emergência)... por isso que as emergências estão lotadas de coisas que eu podia resolver. (MED9).*

Fatores que influem no acesso ao contínuo assistencial

Estes fatores referem-se às barreiras ao acesso às distintas subespecialidades pediátricas, ao encaminhamento às urgências assim como ao processo de referência e contra-referência na garantia da continuidade da atenção às crianças, não existindo dificuldades para as consultas pediátricas.

a. Pediatras e subespecialistas pediátricos: oportunidades e barreiras e diferenças quanto aos programas

-A maioria dos profissionais afirmou que para a consulta de pediatria e de algumas subespecialidades pediátricas não existem entraves à marcação, além do que houve

facilitação no agendamento que é realizado pela Central de Regulação do Município. No entanto, nas sub-especialidades onde o número de especialistas conveniados ao SUS é escasso, a existência de cotas se constitui num dos grandes obstáculos ao acesso das crianças aos serviços: *... a agente preenche a planilha com o encaminhamento e um rapaz vem e leva pra Central de Marcação... e outros encaminhamentos são feitos pelo gerente por telefone. Demora... Passam três meses ou mais, é muito difícil o encaminhamento para os especialistas...* (ENF1).

-Para alguns informantes do PACS existem diferenças para a marcação de consultas especializadas pela priorização no agendamento de crianças adscritas ao PSF em detrimento às do PACS: *São dois PACS que são atendidos nessa unidade, eles são os últimos da cota... a gente não tem unidade de saúde, aí precisa de um médico, dentista, não tem vaga... porque o responsável pela marcação faz assim: “olhe, primeiro tem que marcar consulta pro PSF, depois, se sobrar, vai pro PACS”...* (PACS2).

b. Coordenação dos serviços: barreiras de acesso entre níveis assistenciais

Muitos informantes revelaram que além da dificuldade de acesso às especialidades, existem serviços de referência de média complexidade não resolutivos, dificultando o desempenho da atenção em rede integral e hierarquizada: *... é melhor você já botar ela na porta de entrada do ... (serviço terciário) do que você passar ela pelo ... (Policlínica) para lá devolver pra ela ir marcar uma consulta pro especialista...* (ENF3) (referindo-se ao subespecialista).

-A utilização de rotas alternativas informais para conseguir a marcação com os especialistas foi relatada por alguns informantes: *Quando eu tenho que encaminhar pro ... (serviço terciário), eu me prevaleço de amizade, porque é difícil conseguir...* (MED1).

c. Urgências e emergências

Todos os profissionais opinaram sobre a inexistência de um sistema de encaminhamento das crianças pelas unidades do PSF ou PACS para as urgências com ou sem hospitalização e todas acedem por demanda espontânea: *A grande maioria vai só. Já toma a decisão em casa mesmo: “vou levar”, e leva. Poucos são aqueles que vêm e a gente encaminha...* (ENF4).

d. Referência e contrarreferência: barreiras ao acesso

Quase todos os profissionais relataram falhas no sistema de referência e

contrarreferência, enfatizando os grandes problemas nesta última, pelo descaso dos especialistas para com o profissional do PSF: *A gente refere em protocolo próprio e eles não mandam de volta, não valorizam a gente... e muitos dizem pra mim: “doutora, aquele papel que a senhora mandou, eles fizeram uma bolinha e jogaram no chão”* (MED9). Neste sentido, vários informantes referiram a necessidade do relato das mães para a elucidação diagnóstica: *... Se a mãe não chegar pra mim e disser: “olha, o médico disse isso, isso e isso”, eu não sei mais nada.* (ENF7). Na visão de poucos participantes inexistem problemas na contrarreferência dos especialistas: *Tem muita gente que faz uma contrarreferência muito boa...* (ENF2).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

A maioria dos informantes relatou que o óbito infantil está associado às falhas assistenciais, nos diferentes níveis de complexidade da rede de atenção infantil e poucos o atribuem apenas a problemas na atenção de média e alta complexidade: *... quando ocorre o óbito, ... é um trabalho nosso juntamente com a referência, não só com quem está na ponta, porque não adianta a gente fazer também um trabalho, chegar na referência... talvez não tenha tanto apoio, então tudo isso influi...* (ENF1); *... eu acredito que a atenção na maternidade ainda deixa muito a desejar...* (PACS2).

Quadro 18 – Oportunidades e barreiras nos procedimentos para a atenção à criança em área coberta pelos programas na opinião dos profissionais do PSF e PACS

Nível de Atenção	Atenção Básica		Atenção de Média/Alta Complexidade	
	Oportunidade	Dificuldade	Oportunidade	Dificuldade
Agendamento de consultas	Feito pelo ACS no domicílio	-Feito pelas mães com filas de espera -Restrição de consultas por ACS	ACS/Central de Regulação	-Restrito e sujeito a cotas; -Percursos informais; -Privilegia PSF ao PACS
Doenças agudas	Atendimento sem marcação prévia	A depender do médico	Direto aos serviço do SUS	-
-Agendamento de exames clínico-radiológicos -Entrega dos exames	Direto e fácil feito no serviço -	- Demora +/- um mês e remarca a consulta	ACS/Central de Regulação -	-Sujeito a cotas; -Percursos informais -Demora > um mês e remarca consulta
Coordenação dos serviços: acesso entre níveis	Protocolo próprio e legível	-	-	-Inexistente/sem protocolo/ilegível -Pouca resolutividade nas Policlínicas

3.4 – Influência dos fatores maternos e contextuais

Na opinião de todos os informantes as condições socioeconômicas e demográficas maternas e contextuais, incluindo o tráfico de drogas e a falta de uma rede de apoio social nas comunidades adscritas aos programas, influenciam negativamente no acesso das crianças às ações e serviços e podem atuar como barreiras ao enfrentamento dos óbitos infantis por causas evitáveis. Também considerou-se a percepção materna das necessidades das crianças de atenção em saúde.

Condições socioeconômicas precárias: barreiras econômicas

Todos os profissionais revelaram a situação de pobreza e exclusão social da maioria das famílias em sua área de adscrição, onde predomina a miséria e o desemprego, cuja vida é assegurada através dos programas governamentais de transferência de renda e de empregos temporários. Este contexto traduz-se em indisponibilidade financeira para o deslocamento com as crianças aos serviços de saúde, além do privilégio da sobrevivência em detrimento dos cuidados em saúde: *... o desemprego é muito grande... vivem de bico, é biscate, flanelinha...* (MED3); *Vivem desses programas Bolsa Família, Bolsa Escola...* (ENF3). No entanto, alguns informantes do PACS relataram que existem áreas adscritas ao programa em que as famílias possuem um nível melhor de renda, alguns dispoendo inclusive de planos privados de saúde: *... temos no PACS algumas áreas de melhor condição, algumas mães têm plano de saúde, não para ela, mas a criança tem... outras não... a realidade é bem diferente...* (PACS5).

Fraca rede de apoio social

Na visão da maioria dos informantes praticamente inexistente uma rede de apoio social nas comunidades, cujas lideranças não são atuantes na procura de ajuda para os problemas comunitários, sendo o apoio mínimo prestado pelos próprios profissionais às famílias mais carentes: *Já tirei muito dinheiro do meu bolso... acabou de ser eleito o presidente da associação daqui, que era o mesmo do ano passado... ele absolutamente não faz nada...* (MED5).

Houve apenas um relato sobre a atuação de uma associação comunitária e de Organizações não Governamentais (ONG) em uma comunidade que realizam atividades de promoção à saúde: *... a associação de moradores é extremamente atuante, tem vários cursos, e*

também tem algumas ONG... são vários elementos sociais que eles também trabalham a promoção em saúde. (ENF8); e da presença de uma creche em outra comunidade, onde as crianças pequenas recebem alimentação e acompanhamento pelas ESF: ... eu só vejo a creche como o apoio mais importante aqui dentro (ACS2).

Violência urbana e tráfico de drogas

Os informantes revelaram que a violência urbana provocada pelo tráfico de drogas nas comunidades adscritas aos programas também influencia no acesso dos profissionais que assistem as crianças, assim como no deslocamento das crianças no próprio território onde residem: *... a gente foi assaltada quatro vezes... dentro do carro da prefeitura! ... tava eu, toda a equipe e o motorista...ninguém quer trabalhar lá... (MED1); Tem dia que eles não abrem as portas... alegam muito esse motivo de violência, que ficam sem poder transitar nas favelas... (ENF5). Alguns informantes consideraram a utilização indevida dos benefícios governamentais para o uso de drogas em detrimento da saúde das crianças: ... eles deixam o cartão do Bolsa Família empenhado com o traficante para pagamento de droga ... ele não serve... muito pras crianças, não são todos... (PACS2).*

Percepção das necessidades das crianças de atenção em saúde

Os informantes relataram os principais problemas de saúde das crianças nas áreas programáticas, as necessidades de atenção percebidas pelas mães, assim como os propósitos de utilização dos serviços.

-Principais problemas de saúde identificados pelos profissionais

As doenças mais frequentes identificadas pelos profissionais são os quadros leves de doenças comuns da infância, destacando que houve diminuição dos casos de diarreias, que eram muito frequentes nas comunidades: *...infecções respiratórias, anemia, parasitoses, infecções de pele, escabiose... diarreia até que deu uma diminuição... (MED9). Todos os informantes também relataram que quase não mais existem casos de desnutrição nas áreas programáticas: ... a desnutrição aqui praticamente inexistente, se eu tiver, são duas, três ou quatro crianças abaixo do peso, não chamaria nem de desnutrição... (MED5).*

-Percepção da gravidade das doenças e procura por assistência pelas mães

Na opinião da maioria dos profissionais muitas mães percebem o nível de gravidade do problema de saúde dos filhos com a correspondente procura pelos serviços de saúde: ... a maioria pelo fato do nosso trabalho e que às vezes não é o primeiro filho, então tem uma consciência assim... elas procuram os serviços, elas identificam, a gente não tem muito problema com isso... (ENF9).

Quase todos os informantes opinaram que a utilização oportuna de acordo com a doença apresentada pelo filho varia entre as mães, entretanto prevaleceram as narrativas de que as mães não se interessam por ações de prevenção, preferindo a atenção curativa: *Puericultura não vem, elas não têm essa consciência de trazer a criança bem, pra poder fazer realmente o acompanhamento... só vem quando o neném está com algum problema.* (ENF6).

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

-Papel da mãe no óbito infantil

Para a maioria dos informantes as mães têm influência importante na mortalidade infantil, por fatores associados à miséria, negligência, gravidez indesejada e uso de drogas, que interferem diretamente no acesso dos filhos à atenção à saúde: *Gravidez indesejada, alcoolismo e droga... deixam as crianças sozinhas dentro de casa e vão pro pagode... morrem por descuido mesmo...* (MED5); *Porque geralmente, essas mortes acontecem mais naquelas famílias onde a mãe é drogada, ou é de rua, ou pedinte no sinal de trânsito... envolvidas em violência com drogas, são aquelas mães relapsas mesmo, que por mais que se eduque... a gente sempre vai ter aquele pé atrás com aquela mãe...* (ACS2).

Quadro 19 – Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais na opinião dos profissionais do PSF e PACS

Causas das dificuldades	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
-Condição socioeconômica familiar precária -Tráfico de drogas -Violência urbana -Negligência -Uso de drogas	-Indisponibilidade financeira para manejar os problemas de saúde das crianças -Dificuldade no acesso das crianças e dos profissionais às ações e serviços -Descuido com a saúde da criança -Não assimilação das orientações preventivas ao óbito
-Fraca rede de apoio social	-Dificuldade para aceder e/ou manejar os problemas de saúde das crianças
-Preferência das mães por atenção curativa em detrimento da preventiva com a utilização inadequada dos serviços	-Criança sem seguimento na puericultura

4 - Percepção do acesso das crianças à atenção à saúde: Mães

A seção descreve o conceito das mães das crianças residentes no território do DS I sobre a atenção à saúde infantil que consideram adequada, seu conhecimento sobre os programas governamentais direcionados à saúde da criança e sobre os serviços. Incluem-se as opiniões das mães sobre as características institucionais no âmbito do SUS, assim como as maternas e contextuais que podem facilitar ou dificultar o acesso das crianças à atenção à saúde. As narrativas também revelam a influência dos distintos fatores na prevenção da mortalidade infantil evitável.

4.1 - Conceito de atenção adequada à saúde da criança

As narrativas das mães se referiram principalmente à obtenção de cuidados em saúde quando necessitados pela criança, com a atenção orientada pelo acolhimento, boa qualidade técnico-científica e humanização.

Destacando a garantia do atendimento com acolhimento. Para a maioria das mães a atenção adequada à saúde da criança relaciona-se à garantia de obtenção de cuidados em saúde quando necessitados, nos serviços próximos à sua residência, sem que para isto precisem de agendamento prévio: *Queria ser atendida melhor na minha comunidade, porque eu queria hoje ter ido lá (na USF) e a doutora disse que não podia, só podia se tivesse marcado lá no posto, ele tava com febre e não foi atendido lá...* (Mãe 14). Algumas informantes opinaram que uma atenção adequada relaciona-se a uma melhor reorganização do atendimento nas emergências, que deveriam priorizar a gravidade do caso e não a hora de chegada ao serviço: *Se a pessoa chegasse com a criança, ela mal mesmo, fosse o primeiro a ser atendido e os que não tivessem muito mal esperassem um pouco... porque a gente chega com a criança na emergência ... e tem que esperar as pessoas todinhas serem atendidas para chegar a vez ... e eu acho isso errado.* (Mãe 8).

Destacando a humanização. Uma grande parte de mães associa a atenção adequada à boa relação interpessoal, com o tratamento respeitoso e atencioso no atendimento infantil: *... que a médica fosse mais atenciosa, que tem médico que não é atencioso..., nem toca na criança como se tivesse com nojo...* (Mãe 5).

Destacando a qualidade técnico-científica. Para muitas informantes a atenção adequada está associada ao bom atendimento, com o exame físico minucioso da criança para o diagnóstico correto, evitando o agravamento do seu quadro clínico: *Dar mais atenção à criança... porque a maioria dos postos e emergência que a gente vai, nem chega a olhar a criança... passa qualquer remédio e manda pra casa... Tem que examinar, saber o que ela tem... quando a criança volta pra emergência... fica internada... uma coisa que poderia ser evitada... (Mãe 16).*

4.2 – Programas de atenção à saúde da criança

As mães entrevistadas desconhecem qualquer programa governamental direcionado às crianças e seus discursos se relacionaram aos obstáculos encontrados no processo de procura e obtenção de serviços, assim como às dificuldades concernentes à falta de informações sobre a saúde da criança, que podem atuar como barreiras ao enfrentamento dos óbitos infantis.

-Discordância da atenção infantil prestada por enfermeiras ou clínicos no PSF

Entretanto, todas as mães discordam da atenção infantil prestada no PSF, por enfermeiras ou clínicos, opinando que prefeririam que as crianças fossem consultadas pelos médicos quando estivessem doentes, preferencialmente por pediatras: *O atendimento do posto lá onde eu moro eu não gosto não, porque lá quem atende não é uma médica, é uma enfermeira, ela não tem uma total capacidade como uma médica tem, pra passar tudo aquilo que a gente como mãe precisa saber... porque no posto só tem um clínico geral... deveria ter um pediatra...* (Mãe 18).

-Informação sobre os programas de saúde das crianças

A maioria das mães revelou só receber informações sobre a saúde das crianças, principalmente quanto ao aleitamento materno exclusivo e a imunização, por ocasião da consulta de puericultura realizada pelas enfermeiras do PSF ou do PACS, raras vezes pelos médicos e apenas duas destacaram que o ACS complementou tais informações: *A enfermeira, eu sempre ia pra lá, sempre perguntava a ela e ela sempre tirava minhas dúvidas. Gosto muito do atendimento dela, ela explica...* (Mãe 5); *... (ACS) e a enfermeira mandou só dar peito e também sobre as vacinas...* (Mãe 9). Por outro lado, poucas informantes afirmaram ter recebido informações através de material de divulgação nas unidades de saúde, enquanto muitas relataram que nunca receberam qualquer tipo de informação sobre a saúde das crianças: *Sim, folhetos, cartazes, lá mesmo também no posto avisam alguma coisa quando eu vou...* (Mãe 1); *Não, nunca recebi nada... eu que procuro me informar.* (Mãe 18).

Conhecimento dos direitos em saúde

Apenas uma entrevistada destacou ter conhecimento de que a dispensação de medicamentos é um dever do governo, mesmo os especiais e que, no entanto, nunca recebeu os remédios que seu filho necessita, sendo obrigada a comprá-los: *Gasto, eles não*

dão os medicamentos que meu filho precisa, porque eu fiquei sabendo que é obrigação da Prefeitura dar, para criança cardiopata... mas eles não dão, nunca tem... (Mãe 19).

Quadro 20 – Dificuldades relacionadas às informações sobre os programas de saúde das crianças na opinião das Mães

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso
-Pouca/nenhuma divulgação das ações pelos profissionais, com destaque aos médicos e ACS -Pouca/nenhuma disponibilidade de material educativo nos serviços -Falhas na divulgação de medicamentos especiais	-Informações no plano individual restritas ao aleitamento materno e à imunização -Custo familiar na compra de medicamentos

4.3 – Influência dos fatores institucionais no acesso à atenção

A opinião das mães quanto às características do sistema de atenção à saúde direcionado às crianças voltou-se à disponibilidade de recursos materiais e medicamentos, incluindo a acessibilidade geográfica e à organização da atenção, relatando os procedimentos para obtenção de consultas e de exames complementares do diagnóstico nos distintos níveis de complexidade assistencial.

Insuficiente disponibilidade de recursos materiais

Para algumas informantes os recursos materiais existentes nas unidades do PSF são insuficientes para o atendimento das crianças, obrigando seu deslocamento desnecessário para as emergências: *... não tem equipamentos necessários no posto (referindo-se à USF) pra atender a criança... até pra nebulizar tem que ir pra emergência. (Mãe 17); ... O posto da comunidade é muito ruim, falta tudo... toda vez que chego lá pra pesar a balança só tá quebrada, tá faltando vacina, curativo... que posto é esse faltando tudo? Não sei porque abre... quando adocece eu não vou nem lá porque não resolve nada... (Mãe 15).*

Disponibilidade de medicamentos irregular: barreira econômica

Todas as informantes relataram que apesar de receberem os medicamentos nos serviços de saúde da Prefeitura, gastam muito com a compra de medicamentos, seja porque a disponibilidade é irregular, ou porque são prescritas drogas não ofertadas pelo SUS ou ainda porque procuram atendimento nas emergências conveniadas ao SUS, não havendo liberação da medicação prescrita nesses casos: *Meu deus do céu! Ontem mesmo comprei esse remédio aqui... às vezes tiro dinheiro da feira, porque às vezes eles passam remédios que não tem lá no posto, aí tem que comprar... (Mãe 11); Às vezes tem lá, às vezes não tem, a gente tem que comprar e quando a gente recebe a receita do... (emergência conveniada), não pode pegar lá não... (Mãe 8).*

Disponibilidade de vales-transporte insuficiente: barreira econômica

No discurso da maioria das informantes a disponibilidade de vales-transporte fornecidos pelas USF ou Policlínicas para o deslocamento das crianças aos serviços mais distantes é insuficiente, resultando em longas caminhadas ou em gasto com transporte: *... E as vezes quando não tenho dinheiro vou a pé pra ... (hospital terciário) é muito longe também... Sei não, nunca me deram vale não, eu ia fazer o pré natal com o buchão dela e ia a pé. Agora a menina de lá que teve aqui me disse que ... (enfermeira do PACS) dava um vale a ela, mas nunca me deu não... (Mãe 4);*

Não, vou por conta própria, a pé com ele. Recebi uma vez vale na casa das crianças... (Mãe 12).

Acessibilidade geográfica: oportunidades e barreiras

Quase todas as mães relataram que não existem dificuldades para o deslocamento às USF e alguns serviços de emergência: *Pra levar não tem problema não e o posto é pertinho de casa... tem hospital perto... (Mãe 15).* No entanto, as dificuldades surgem quando necessitam se deslocar com as crianças nos braços, para serviços distantes de sua casa, quando, dependendo da distancia, têm gastos com o transporte: *Não, a gente é que tem que pagar passagem porque é um pouco longe pra ir com ele no... (laboratório conveniado) eu vou ter de ir de ônibus... (Mãe 10).*

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

Algumas entrevistadas associaram o óbito infantil principalmente à falhas na dispensação de medicamentos que deveriam ser ofertados nos serviços, uma vez que a maioria das mães não têm disponibilidade econômica para sua aquisição: *Talvez, falta de condições, falta de cuidados... eu acho que de tudo, em termo de médico, de remédio... Às vezes por parte da mãe, às vezes ela não tem como recorrer, a comprar remédio essas coisas... termina o menino morrendo... (Mãe 2).*

Quadro 21 – Barreiras ao acesso relacionadas à disponibilidade de recursos para a atenção na opinião das Mães

Dificuldades percebidas	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil
Recursos materiais insuficientes -Déficit de equipamentos para a atenção -Disponibilidade de medicamentos irregular -Disponibilidade insuficiente de vales-transporte	- -Restrição à utilização das ações e serviços -Custo familiar pela compra -Custo familiar no deslocamento da criança
Acessibilidade geográfica -Oportunidades e barreiras	- -Adequada: USF -Inadequada: alguns serviços especializados e exames básicos fora da microárea -Custo familiar no deslocamento da criança

Organização da atenção: oportunidades e barreiras

As narrativas foram referentes ao processo para agendar e obter consultas médicas e de enfermagem nas unidades básicas do PSF, sendo revelados os conflitos decorrentes

nestes procedimentos.

-Procedimentos para a atenção de consultas preventivas e curativas no nível básico: oportunidades e barreiras

Para quase todas as mães as visitas domiciliares são fundamentalmente percebidas como um dispositivo para a marcação de consultas das crianças, com opiniões divididas entre as mesmas serem cotidianas, esporádicas ou inexistentes, o que influencia na agilidade do agendamento. As informantes também percebem oportunidades e barreiras nos procedimentos para a atenção das crianças no nível básico a depender do propósito da utilização, se preventiva ou curativa, como segue:

a. Consultas preventivas

-Oportunidades no agendamento

Para a maior parte das mães, o agendamento da primeira consulta de puericultura é realizado no domicílio pelo ACS, sendo as consultas subseqüentes agendadas nas unidades por estes ou pela enfermeira, havendo facilidade para este procedimento: *O agente de saúde vem aqui em casa, eu marco, aí eu vou e ... (enfermeira) me atende... e até ela mesma também marca todo mês minha volta. (Mãe 9); É uma mulher que vai na casa da pessoa, a agente de saúde. Aí pergunta o que a menina tem e marca pra ir no posto, todo mês. Quando eu chego lá com 15 dias já tá marcado. (Mãe 17).*

Apenas duas informantes revelaram dificuldades no agendamento da puericultura durante as visitas domiciliares: *A agente de saúde às vezes passa... a minha agente de saúde é péssima, ninguém vê essa mulher! ... olha, não sei quanto tempo acho que eu não tava nem grávida... já entrou em 2007 já tive o menino e nada, eu que me interessei de ir para pegar a ficha... (Mãe 1); Quando eu tive o menino eu fui lá no posto. Ninguém nunca foi pra minha casa. (Mãe 12).*

-Oportunidades no acesso à consulta de enfermagem

À exceção de uma participante, todas as mães relataram que o atendimento de seus filhos nas USF é realizado pelas enfermeiras, opinando ser um procedimento fácil e adequado: *Quando eu vou no posto todo mundo atende bem, eu gosto do atendimento. Todo mês ele vai pra esse posto daí e é bem atendido pela doutora ... (enfermeira) e ...(ACS) é quem marca as consultas dele tudinho... (Mãe 10); ... eu nunca tive alguma experiência com outra doutora, porque só quem me acompanhou foi doutora ... (enfermeira) confio nela (Mãe 2).*

b. Consultas curativas

-Barreiras no agendamento

Apesar de algumas mães opinarem que o agendamento de consultas clínicas é realizado pelo ACS no domicílio, a maioria relatou que a marcação é feita por elas nas USF, existindo dificuldades neste procedimento, com cotas definidas por ACS e a formação de filas: *Aí precisaria mais ficha, dentro do PSF porque parece que é duas ou três vagas só para cada agente de saúde para muitas crianças... a gente tem que madrugar bem dizer faz fila... quem chega primeira é quem vai ficar na frente* (Mãe1).

-Barreiras no acesso à consulta médica

Quase todas as informantes revelaram as grandes dificuldades na obtenção de consultas médicas nas unidades do PSF, com a existência de filas que nem sempre garantem a atenção, a narrativa de uma informante exemplifica a facilidade de realização de consultas preventivas e as barreiras nas curativas, realizadas (mas nem sempre) por médicos: *Lá no posto perto de casa você tem que marcar ficha, ir de manhã cedo, e são poucas fichas, porque é por área, aí tem vezes que você chega e não consegue pegar, tem vezes que tem sorteio pra saber o dia que a pessoa marcada vai ser consultada. Agora a puericultura é acompanhado lá, todo mês, é mais fácil...* (Mãe 12).

Muitas informantes destacaram que levam a criança para a enfermeira pela grande dificuldade na obtenção de consulta médica: *Eu acho que mais o médico mesmo formado, do que enfermeira, desculpe eu dizer... vou pra enfermeira porque é mais fácil, não precisa entrar em fila...* (Mãe 4).

-Barreiras no acesso às consultas de doenças agudas: gasto familiar por necessidade de atenção nas emergências

Muitas informantes relataram existirem dificuldades no encaixe de consultas médicas para as doenças agudas nas unidades do PSF, ocasionando seu deslocamento para as urgências, com o gasto em transporte público: *E a gente no posto (USF) tem que esperar... a gente tem que esperar as pessoas que são marcadas serem atendidas, aí o menino vai morrer é? Aí tem que esperar as fichas todinhas para ser atendido no encaixe...* (Mãe1); *Eu acho que devia também, quando a criança tá doente, fazer um atendimento no posto (USF) antes de ir pra emergência... tem que ir pra distante, pegar ônibus, porque às vezes a gente não tá com dinheiro...* (Mãe 6).

c. Exames clínico-radiológicos: oportunidades e barreiras

-Quase todas as informantes narraram o contraponto entre a facilidade para a marcação e execução de exames laboratoriais mais simples e as dificuldades para os mais complexos: *Você tem que enfrentar uma fila né? pra ser encaminhada... no ultrassom dela mesmo, o ... (Policínica) carimbou e encaminhou e chegou lá na Clínica e marcou pra depois de oito dias. Oito dias para fazer, e oito dias para receber... tinha que chegar cedo só, não era de madrugada. Pra exame de sangue aí é mais fácil, o (Policínica) carimba, e você só chega de manhã no laboratório...* (Mãe 4).

-Os obstáculos relacionaram-se na visão da maioria das entrevistadas, ao retardo para a obtenção dos resultados, quando as mães terão que remarcar nova consulta para a interpretação dos exames, entretanto algumas também destacaram dificuldades no momento da realização dos mesmos: *... Quando a gente chega lá na Clínica já tem meio mundo de gente, aí é por ordem de chegada, aí quando a gente chega de sete e meia tem mais de 30 pessoas na fila... recebe o resultado em quinze dias, vinte dias... a gente que pega, eu levo o resultado, marco, pra poder falar com ela. Se a gente tem um exame pra entregar, era pra já ter marcado pra gente levar né? Não era pra ser preciso marcar uma ficha pra quase perto do final do mês para a médica ver um exame!* (Mãe 11).

Fatores que influem no acesso ao contínuo assistencial

Foram descritas as oportunidades e as barreiras para as mães conseguirem consultas com subespecialistas pediátricos, incluindo os exames especializados, assim como ao acesso às emergências.

a. Consultas com pediatras e subespecialistas: oportunidades e barreiras

-Para todas as informantes o procedimento para a obtenção de consultas pediátricas e de algumas subespecialidades existentes nas Policlínicas é feito pelo encaminhamento do médico da unidade do PSF para marcação, que é realizada por intermédio do ACS, o qual entrega a data da consulta durante a visita domiciliar: *Ah, a doutora marca e encaminha no ... (Policínica) ... como não vem especialista pra o posto... (USF) aí os agentes de saúde vão em casa, trazer o papel, com a data e a hora...* (Mãe 1).

-Todas também destacaram as dificuldades nesse procedimento quando as subespecialidades não existem nas Policlínicas, em que não contam com a intervenção do ACS, obrigando-as a realizar a marcação por conta própria: *Pra marcar ficha pra ele lá dentro, pro ... (hospital terciário) só marca se no mais tardar chegar de 3:30, aí eu ainda não arrumei... é*

muito perigoso, sair de 3 horas da manhã ... aí mandou o ACS, ele passou um mês e não resolveu... (Mãe 9);

No ... (serviço de especialidades) tem que chegar de madrugada... se brincar tem de dormir lá... (Mãe 16).

-Por outro lado, o relato de uma mãe que atualmente reside em área coberta pelo PSF e antes vivia em área de PACS, indica as dificuldades na realização de consultas também nas Policlínicas para as crianças cobertas por este último programa: *... É, agora pela minha sorte que eu tenho um barraco lá dentro, (referindo-se à área de PSF) porque antes era muito ruim ... a agente de saúde do PACS só ia na minha casa pra pegar o cartão, anotar e fazer o trabalho dela, mas para marcar consulta dizia que quem tinha suas pernas que fosse marcar, porque ela só marca pra deficiente... não tem médico lá, então pra eles ter médico tem que dormir no ... (Policlínica). (Mãe 3).*

-Na visão de algumas informantes o procedimento de levar a criança ao médico da unidade do PSF para que seja encaminhada a um especialista retarda a atenção, sendo mais conveniente ir diretamente às Policlínicas: *... mas mesmo assim eu nem gosto muito de levar pra consultar na USF, porque muitas vezes a médica de lá, ela não sabe o que é que o menino tem, aí encaminha já para uma outra unidade, que é o (Policlínica), para uma pediatra mesmo... eu gosto de ir já direto. (Mãe 1).*

b. Urgências e emergências: oportunidades e barreiras

Todas as mães relataram que o acesso aos serviços de emergência pediátrica é realizado sem grandes obstáculos, poucas referiram necessitar de transporte público para o deslocamento: *Não, não tenho problema nenhum. Pego um ônibus e venho. (Mãe 3).* Entretanto, quase todas opinaram sobre o prolongado tempo de espera para o atendimento das crianças: *Vou falar da emergência, a emergência eu acho muito demorada, inclusive o mês passado eu levei ela, foi muito demorado, muito mesmo, eu sai daqui (da residência)... 10 horas, cheguei quase duas horas da tarde, demorou muito... (Mãe 6).*

Percepção da influência na mortalidade infantil evitável

Algumas mães associaram o óbito infantil à falha na atenção médica prestada, com o retardo na assistência imediata e o mau atendimento nas emergências e hospitais: *Mal tratado né? É assim também caso de emergência... a mãe não cuida também da criança, não corre pra levar pro médico... Na emergência assim, chegar pra ter que esperar a vez... a criança tá com muita febre... aí tem que esperar, né? Lá tem muita criança cansada... muita criança internada... (Mãe 10);*

Quando a mãe leva tarde pro médico, fica tentando cuidar em casa, quando vai pro hospital, aí já é tarde... Muitas vezes no hospital mau atendimento... eu acho que é isso. (Mãe 12).

Quadro 22 – Oportunidades e barreiras ao acesso à atenção segundo características organizacionais na opinião das Mães

Nível de Atenção	Atenção Básica		Atenção de Média/Alta Complexidade	
	Oportunidade	Dificuldade	Oportunidade	Dificuldade
de consultas	Feito pelo ACS	-Feito pelas mães com filas de espera -Pequena cota por ACS	ACS/Central de Regulação	-Sujeito a cotas; -
Consulta preventiva	-Agendamento pelo ACS no domicílio e USF; -Atendimento por enfermeira	-	-	-
Consulta curativa	-	-Não atendimento médico/pediatra; -Atendimento por enfermeira/clínico; -Não atendimento de doenças agudas	ACS marca pediatras e sub-especialistas das Policlínicas	-Mães marcam sub-especialistas não existentes nas Policlínicas; -Mães do PACS também marcam pediatras nas Policlínicas; -Fila de espera -Superlotação das emergências com retardo no atendimento
-Agendamento de exames clínico-radiológicos	-Direto e fácil feito na USF	-Distância de alguns serviços; -Fila de espera	-ACS marca -	-Sujeito a cotas; -Feito pelas mães com fila de espera
-Entrega dos exames	-	-Demora +/-um mês e remarca a consulta		-Demora >um mês e remarca a consulta

4.4 – Influência dos fatores maternos e contextuais

Do ponto de vista das mães as condições socioeconômicas e demográficas maternas e contextuais, especialmente a condição de pobreza, violência e uso de drogas influenciam no acesso das crianças às ações e serviços de saúde, podendo contribuir para a existência de óbitos infantis. Também foi considerado como as informantes percebem as necessidades de atenção em saúde das crianças com a procura pelos serviços de saúde.

Condições socioeconômicas precárias

Todas as informantes destacaram que um dos grandes obstáculos para a obtenção de cuidados em saúde para seus filhos é devido ao baixo nível de renda familiar para lidarem com o deslocamento aos serviços e com a compra de medicamentos, associados à ausência de qualquer apoio institucional: *... pedi dinheiro emprestado pra voltar de ônibus ... porque eu to com ela, pesada, ainda carregando uma bolsa...* (Mãe 18);

Não, tem que pegar transporte... pedir dinheiro emprestado... lá no posto tem até uma Kombi mas não auxilia nisso não... (Mãe 16).

Violência

Muitas informantes apontaram a violência nas localidades de moradia como um grande obstáculo ao acesso das crianças, que interfere no deslocamento das mães e dos médicos aos serviços: *...a partir de 6 horas ninguém sobe essa ponte, por causa da briga dos caras de lá com os daqui... Lá onde eu moro é uma anarquia, os médicos querem ficar lá, mas o pessoal... que não prestam, aí querem tudo pegar faca pra querer furar os médicos, meter tapa na cara, esculhambar...* (Mãe 11);

...vive mudando de médico, quase todos os médicos não agüentam ficar lá... as pessoas tudo rouba lá, porque vai de carro e eles botam quebra-mola pra assaltar... (Mãe 12).

Principais problemas de saúde percebidos e tipo de assistência procurada

As mães entrevistadas revelaram os principais problemas de saúde das crianças e sua percepção da gravidade das doenças com a procura por assistência para os filhos.

-Doenças mais freqüentes das crianças

Na opinião de todas as mães entrevistadas as crianças residentes nos bairros estudados apresentam doenças comuns como viroses, cansaço (asma), diarreia: *... esse negócio de vírus... ficam vomitando, diarreia, febre, tosse, só isso...* (Mãe 8); *Cansaço a maioria, gripe, virose... essas coisas assim...* (Mãe 12).

-Percepção da gravidade das doenças e tipo de serviço procurado: a pouca resolubilidade da atenção básica

Todas as mães opinaram reconhecer o nível de gravidade da doença do filho e que procuram o serviço hospitalar ou ambulatorial, de acordo com sua percepção sobre o tipo de problema de saúde. Entretanto, apesar de algumas procurarem as unidades básicas quando percebem que a doença é de fácil controle, a maioria prefere nestes casos medicar os filhos por conta própria, procurando diretamente os serviços de emergências em caso de piora. No seu depoimento, quando procuram as unidades do PSF com as crianças apresentando doenças agudas, os profissionais as encaminham para as urgências, retardando ainda mais o atendimento:

Depende da doença, que vem pra ela, se for gripe, eu dou logo o remédio... se não melhorar, eu socorro logo pra emergência, que eu não fico com ela doente dentro de casa, porque se eu levar ela no posto elas dizem logo pra mandar pra emergência. Aí eu trago logo, antes dela mandar. (Mãe 3);

Depende da doença. Se for uma doença fácil de curar eu vou ao posto, agora se for uma doença que eu sei que o posto não vai atender, eu sei que vai ser viagem perdida, eu vou logo na emergência... (Mãe 16).

Percepção da influência das mães na mortalidade infantil evitável

A despeito de algumas mães não saberem a que atribuir as mortes infantis: *Não, tenho idéia porque uma criança morre não...* (Mãe 9), para a maioria delas as mães são as principais responsáveis pela morte dos filhos, por negligência associada a uma série de fatores relacionados às condições de vida, ao contexto de miséria, ao grande número de filhos, à falta de rede de apoio social, ao tráfico de drogas e à procura tardia pelo serviço de saúde:

-Uma grande parte das informantes percebe que as mães são descuidadas com os filhos, não oferecem atenção necessária deixando-os à própria sorte nas casas, aumentando a possibilidade das mortes: *... mãe relaxada que não cuida, não liga, tinha uma lá que saía pra fofocar e deixou o filho trancado, o menino tinha acabado de tomar mingau e morreu sufocado...* (Mãe 5).

-Algumas revelaram que a negligência das mães está associada ao grande número de filhos e à necessidade de deixar os menores aos cuidados de outras crianças, no cenário de miséria do entorno: *Mães que não tem cuidado... tem uma carreira de filho... tem uma criança de cinco anos e deixa a de um ano pra ela cuidar... aí fica lá brincando no lixo, pega bactérias, adoecem e acabam morrendo...* (Mãe 16).

-Houve algumas opiniões sobre o desvio dos benefícios provenientes dos programas governamentais de transferência de renda destinados à compra de alimentos e medicamentos para a compra de drogas pelas mães usuárias, relevando os cuidados com os filhos, tendo como desfecho a morte das crianças: *às vezes... ganha Bolsa Família e compra de droga... é tudo assim, tem poucas mães que se dedicam aos filhos...* (Mãe 16).

-Para muitas participantes as mães são descuidadas e retardam a procura oportuna pelos serviços, minimizando o problema de saúde da criança contribuindo para o agravamento da doença dos filhos: *Falta de cuidado né? sei lá... a mãe, eu acho assim, a criança tem uma febre a pessoa corre logo pro hospital, porque guardar doença... eu mesma quando a minha ta doente venho logo, e muita mãe deixa em casa: “ah! febrinha besta” e quando vê é uma coisa tão grande que não tem tempo de tratar ai morre logo.* (Mãe 8).

-Quase todas as mães apontaram a inexistência de uma rede de apoio comunitário, principalmente nos casos de emergência, situação que é agravada pela indiferença à violência nas localidades de moradia: *... lá onde eu moro é assim, o povo é... acomodado, acostumado a violência, crianças pedindo esmola... no caso se alguém precisa de ajuda, ninguém quer dar... e também às vezes quando procura o atendimento, ajuda não tem... não é povo de você chegar: “me empresta um dinheiro pra levar o menino no hospital?” Ninguém ajuda...* (Mãe 13).

No entanto, algumas mães relataram receber apoio das famílias para acederem aos serviços ou na compra de medicamentos: *Não, quando preciso, minha mãe é que me dá o dinheiro...*(Mãe 17);

Procuro minha sogra também, a minha mãe, a madrinha dela que fez curso de enfermagem... (Mãe 13).

Quadro 23 – Barreiras ao acesso relacionadas às características maternas e contextuais sociais na opinião das Mães

Causas das dificuldades	Consequências no acesso e na prevenção do óbito infantil evitável
Precariedade de condições socioeconômicas -Miséria -Negligência -Violência urbana -Uso de drogas -Fraca rede de apoio social -Procura tardia pelo serviço de saúde	-Indisponibilidade financeira para aceder aos serviços mais distantes e para comprar medicamentos -Desvalorização dos cuidados com a saúde infantil -Falha em identificar a gravidade do quadro clínico -Dificuldade para aceder e/ou manejar os problemas de saúde das crianças -Dificuldade no acesso das crianças e dos profissionais às ações e serviços -Agravamento da doença da criança

5 - Sugestões propostas pelos informantes para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e para a redução da mortalidade infantil evitável

As sugestões propostas pelos informantes para melhorar o acesso das crianças às ações e serviços de saúde contribuindo assim para a redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, foram muito diversificadas. Relacionaram-se ao âmbito da aplicação da política de saúde direcionada às crianças, imbricada à atuação dos programas PSF e PACS, aos recursos institucionais e sua organização na oferta das ações e serviços e às questões contextuais da comunidade. Estas propostas não apresentaram grandes variações segundo a categoria de informante, no entanto o grupo de mães destacou-se com sugestões distintas dos demais e mais direcionadas à oferta da atenção às crianças.

5.1 - Sugestões dos gestores

Os gestores propuseram sugestões relacionadas ao cumprimento do preconizado nas diretrizes governamentais de atenção à criança, com um melhor mecanismo de hierarquização da rede; também foram propostas a melhorias da atenção ofertada às crianças no DS I, principalmente da atenção básica realizada por meio do PSF, como a maior disponibilidade de recursos, maior adequação dos profissionais e supervisão e avaliação das equipes.

Cumprimento das diretrizes governamentais

No plano da aplicação das diretrizes governamentais que norteiam a saúde da criança, os gestores sugeriram um maior reforço para o cumprimento do preconizado, com especial destaque às ações preventivas e à vigilância das crianças de risco: *... se existem as diretrizes das crianças, o programa da criança de risco, que faça com que ela realmente aconteça ... não ta acontecendo como preconizado, visitas, acompanhamento mesmo dessa criança...* (G8).

Efetivação da rede de atenção hierarquizada

Neste sentido, algumas sugestões diziam respeito à melhor articulação da rede de

hierarquizada para garantir a continuidade das ações e concretizar a atenção integral à criança: ... *tem que estar trabalhando muito integrado, PSF... as nossas unidades de média complexidade...* (G2).

Maior disponibilidade de recursos

Houve poucas sugestões quanto à necessidade de uma maior disponibilidade de recursos para melhorar a oferta dos serviços e prevenir a mortalidade infantil entre o grupo de gestores: ... *a morte infantil não é um problema sério de saúde pública que tem que ser encarado como tal, então porque não despende recursos?* (G5).

Alocação de profissionais com perfil para o PSF

Houve sugestões sobre a substituição de profissionais não comprometidos com a proposta do PSF e com melhor relacionamento interpessoal: ... *substituir aquele cara que não tem o compromisso... todo ele da equipe seja o médico, o enfermeiro, o ACS...* (Geradm1); ... *que as pessoas envolvidas tenham atitudes, práticas e habilidades... os profissionais aprenderem a dialogar com a população...* (G1).

Supervisão e avaliação das ESF

Muitos informantes sugeriram a sistematização da supervisão e avaliação por parte dos gerentes do DS I para melhorar a atuação das ESF com as ações direcionadas à prevenção dos óbitos infantis: ... *Avaliação e supervisão desses profissionais, que atuam na área...* (G9).

Quadro 24 – Sugestões dos gestores para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável

Sugestões	Consequências esperadas
Cumprimento das diretrizes governamentais	Garantia da atenção integral às crianças
Efetivação da rede de atenção hierarquizada	Garantia do acesso a todos os níveis de atenção
Maior disponibilidade de recursos	Ampliação do acesso às ações e serviços
Alocação de profissionais com perfil para PSF	Melhora da qualidade da assistência
Supervisão e avaliação	Correção de falhas e melhora da atenção

5.2 – Sugestões dos profissionais das Policlínicas e UBT

A maioria dos informantes sugeriu uma maior disponibilidade de recursos para a atenção, melhor organização dos serviços, com o fortalecimento da rede de atenção e das ações preventivas, uma melhor atuação dos profissionais, assim como a intensificação das ações intersetoriais. Também houve sugestões à implantação de um programa direcionado à população infantil.

Implantação do programa da saúde da criança

Poucos informantes sugeriram a implantação de um programa direcionado às crianças nos serviços para o enfrentamento da mortalidade infantil: ... *eu acho que poderia se criar um programa para o primeiro ano de vida, para essas doenças evitáveis mesmo... ou se tem, eu desconheço, então a falha não é só minha, porque não me passaram...* (UB1).

Efetivação da rede de atenção hierarquizada e intensificação de ações preventivas

Alguns informantes sugeriram que com a melhor atuação dos serviços em redes hierarquizadas, com um bom sistema de referência e contrarreferência na garantia da continuidade, haveria maior disponibilidade de leitos de alta maior complexidade e condições para uma melhor prevenção da mortalidade infantil: ... *Eu acho que criança com essas doenças básicas devia ser atendida em postos, e deixar o ... (serviço terciário) pra os casos mais importantes... chega uma criança que precisa encaminhar não tem vaga... (PED3); ... essa unidade deveria ser de apoio... e aqui a procura tem sido mais direta do pessoal do que encaminhada pelos médicos e ACS... tem que ter uma integração... eu acredito que diminuiria muito as patologias e a mortalidade infantil...* (PED4).

A maioria dos informantes sugeriu o reforço de ações preventivas e promocionais que atuariam mais que a atenção curativa para a redução da mortalidade infantil evitável: *Olhe primeiro de tudo, eu acho que é a prevenção... eu acho que se gasta mais no tratamento do que na prevenção, na educação...* (Ped1).

Maior disponibilidade de recursos: redimensionamento do PSF

Alguns informantes sugeriram a diminuição do número de famílias por ESF, o que pressupõe o aumento dos recursos humanos no programa para melhorar sua atuação no seguimento das crianças: ... *o PSF não está fazendo como deveria fazer, elas deveriam ficar*

encarregadas de um menor número possível de famílias pra fazer um acompanhamento mais detalhado... (PED4).

Sugestões referentes aos profissionais

Estas sugestões se referiram à adequação da formação de graduação e a educação permanente, às questões salariais e ao aperfeiçoamento do sistema de avaliação do seu desempenho.

-Adequação da formação médica: graduação e educação permanente

Alguns informantes sugeriram a mudança do currículo do curso médico com ênfase na medicina geral e preventiva e no investimento em educação permanente na garantia das ações preventivas aos óbitos infantis: *... tem que começar desde o primeiro ano de faculdade... principalmente... insistir na pediatria geral... doenças preveníveis... tem que incentivar mais isso. (UB5); ... eu acho que a prefeitura deveria investir mais em reciclar os médicos... aulas práticas, discutir, essas coisas... (PED3).*

-Melhorar as questões salariais dos médicos

Houve sugestões que enalteciam que a melhoria salarial dos médicos garantiria a realização de um bom trabalho e o cumprimento da carga horária estabelecida: *... Eu que acho que você deveria ter um emprego público, dar suas oito horas, depois do seu horário faria outras coisas. Agora pra isso era preciso você ser bem remunerado... (UB5).*

Supervisão e avaliação de desempenho dos profissionais

Algumas sugestões se direcionaram ao incremento das ações de supervisão e avaliação do desempenho dos profissionais no cumprimento de suas funções para a diminuição das falhas na prestação das ações e serviços às crianças: *... uma coisa que eu acho básica é aperfeiçoar o controle, que é uma falha que existe no serviço público... a partir disto pode-se passar a exigir dos profissionais o cumprimento de algumas ações de uma forma mais efetiva... (UB4).*

Melhora das condições de vida

Quase todos os informantes sugeriram que a melhoria das condições de vida, como a educação materna, a geração de emprego e renda, o saneamento básico, a questão da habitação e alimentação das crianças e de suas famílias seria muito importante para o enfrentamento da mortalidade infantil: *... quando melhorar as condições de habitação, de*

saneamento de uma comunidade, melhora a saúde das crianças. Os pais tendo emprego, tudo isso melhora... (PED3).

Quadro 25 – Sugestões dos profissionais das Policlínicas e UBT para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável

Sugestões	Consequências esperadas
Implantação do programa de saúde da criança	Garantia da atenção integral às crianças
Efetivação da rede de atenção hierarquizada	Garantia do acesso a todos os níveis de atenção
Ampliar a cobertura do PSF	Ampliação do acesso às ações e serviços
Mudança curricular médica Educação permanente Supervisão e avaliação	Melhora da qualidade da assistência Melhora do desempenho profissional Correção de falhas e melhora da atenção
Melhorar questão salarial médica	Evita a rotatividade e duplicidade de vínculos; aumenta a satisfação profissional; melhora a qualidade da assistência prestada
Melhora das condições de vida	Favorecer a ocupação; melhorar a renda, moradia e alimentação; combater a violência e as drogas; prevenir as doenças; melhorar o acesso às ações e serviços

5.3 – Sugestões dos profissionais do PSF e PACS

As sugestões apontadas pelos profissionais relacionaram-se a uma maior divulgação das ações direcionadas à saúde das crianças; uma maior atuação da rede hierarquizada; à maior disponibilidade de recursos, principalmente dos humanos, com a melhoria do desempenho dos profissionais; o incremento das ações de supervisão e avaliação das equipes e a melhoria das condições de vida.

Protocolo de atividades específico para as crianças

Alguns informantes sugeriram o fornecimento de protocolos específicos para a atenção infantil a serem seguidos pelos profissionais responsáveis pela oferta de serviços o que padronizaria a oferta das ações e serviços: *... eu acho que tem que existir um protocolo mínimo, e as adequações vão sendo feitas pelo bom senso e pela percepção que o profissional tem...* (ENF1).

Efetivação da rede de atenção hierarquizada

Houve sugestões relativas à reorganização da rede de atenção infantil, com a efetivação de uma retaguarda de ações e serviços para dar suporte à atenção básica e melhorar a continuidade do cuidado, com a implementação de serviços de pronto-atendimento e especializados direcionados especialmente aos PSF, para que as equipes possam ampliar a capacidade da realização de ações promocionais e preventivas: *Teria um posto para as ESF... as policlínicas são uma coisa mais difícil de você marcar... e não atendem só aqui ao PSF por isso aumenta a demanda de atenção curativa nas ESF, que deveria ser voltada mais à prevenção ...* (MED4).

Maior disponibilidade de recursos: redimensionamento do PSF

A necessidade de redimensionar a extensão de cobertura do PSF com o aumento de profissionais nas equipes, principalmente de ACS, responsáveis pelas ações educativas, foi sugerido pela maioria dos informantes: *... aumentar o número de membros da ESF pra que a gente possa dar uma atenção melhor, e fazer um trabalho educativo na comunidade.* (MED7).

-Contratação de profissionais administrativos

Algumas sugestões direcionaram-se à contratação de profissionais administrativos para evitar o desvio de função do ACS em atividades burocráticas e alocá-lo

apropriadamente para a realização das visitas domiciliares: ... *tem que ter um profissional na recepção... para tirar a ACS de dentro do posto, isso tudo atrapalha as visitas...* (ENF1).

-Contratação de pediatras no PSF

Alguns informantes sugeriram a necessidade da contratação de pediatras dentro do PSF para melhorar a atenção infantil: ... *ampliar esse atendimento de criança... porque o doutor é clínico geral... era justamente aquilo que a gente ta precisando, de uma pediatra...* (ACS3).

Sugestões referentes aos profissionais

-Alocação de profissionais com perfil para o PSF

Muitos informantes sugeriram a contratação de profissionais com real perfil para a atuação no PSF como garantia da boa qualidade do trabalho dentro das comunidades: *Tem que ser pessoas engajadas... que têm o perfil de trabalhar em PSF: ACS, médico, enfermeira, auxiliar, odontólogo, todos que queriam realmente fazer o trabalho de promoção, aí a coisa funciona!* (ENF1).

-Educação permanente

As sugestões se referiram à cursos de reciclagem teórico-práticos não apenas aos profissionais do PSF/PACS, mas a todos os níveis de complexidade da rede de atenção à criança, na garantia da atenção integral e da redução da mortalidade infantil: *Educação continuada, essa coisa toda. Eu acho que tem que ter, pra fazer uma triagem melhor... e não só os médicos do PSF, mas também os médicos de emergência, estão deixando muito a desejar...* (MED7).

-Realização de Cursos de treinamento em AIDPI

Alguns profissionais, principalmente os ACS sugeriram a realização do curso de treinamento na estratégia AIDPI para todos os profissionais: ... *o bom mesmo pra gente melhorar em relação à saúde da criança seria um curso em cima da saúde criança... as meninas mais antigas tiveram AIDPI ... foi um curso excelente que viu na teoria e também na prática.* (ACS2).

-Valorização do ACS

A maioria dos ACS se sente desvalorizada com o trabalho e sugeriu um maior apoio do nível distrital e de todos os profissionais de saúde: *Eu acho que deveriam dar mais valor ao*

trabalho da gente... o distrito, a unidade de saúde, tudinho... porque quando eles querem um negócio: “você faça isso, faça aquilo”... mas só que eles não dão respaldo nenhum pra gente... (ACS8).

-Melhorar as questões salariais

Muitos profissionais sugeriram que a melhora dos salários para toda a ESF contribuiria para uma melhor oferta de ações e serviços às crianças, pela satisfação proporcionada por bons vencimentos e a melhor dedicação ao trabalho exclusivo: *... e até também bons salários para os profissionais... porque se a gente ganha bem, a gente trabalha mais satisfeita ... (PACS4);*

... dar o incentivo financeiro melhor pra que a gente se dedique mais e não precise dar um, dois plantões e não chegar aqui cansado e estressado... (MED7).

-Supervisão e avaliação dos profissionais

Houve algumas sugestões sobre a necessidade da realização de supervisão e avaliação do desempenho periodicamente nas equipes do PSF/PACS o que contribuiria para a diminuição de falhas na assistência prestada: *... uma maior participação, em termos ativos mesmo, do DS I. A gente fica muito jogada... Se os ACS estão aí fazendo o que querem... é porque falta uma gerência mesmo, infelizmente. (ENF4).*

Melhora das condições de vida

Quase todos os profissionais sugeriram uma maior atuação e envolvimento de ações intersetoriais, pela importante interface das demais políticas públicas com a prevenção e proteção da saúde infantil. As sugestões foram diversificadas, como se segue:

-Geração de emprego e renda, criação de creches e a retirada das mães das ruas: ... além de tirar as mães das ruas, conseguir ocupação pra elas... creches, que pudessem ficar com as crianças pra mãe trabalhar... (ENF5).

-Extensão de cobertura de políticas públicas de transferência de renda às famílias das crianças e oportunizar a educação das mães: A gente precisava mais de apoio de outros setores da prefeitura que poderiam trabalhar mais junto com a gente, com a comunidade, mas também educando e oferecendo... e a inclusão, porque nem todas têm a Bolsa Família... (ENF10).

-Fortalecimento de políticas governamentais eficazes ao combate ao tráfico das drogas nas comunidades adscritas: *Falta o apoio fora do setor de saúde... porque essa violência está interferindo sim... as mulheres estão faltando consulta porque não podem sair de casa pra trazer seu filho...* (MED8).

Quadro 26 – Sugestões dos profissionais do PSF e PACS para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável

Sugestões	Consequências esperadas
Protocolo de atividades direcionado às crianças	Padronização da oferta das ações e serviços
Efetivação da rede de atenção hierarquizada	Garantia do acesso a todos os níveis de atenção
Ampliar a cobertura do PSF	Ampliação do acesso às ações e serviços
Alocação de profissionais com perfil para PSF	Melhora da qualidade da assistência
Contratar pediatras no PSF	Melhora do desempenho profissional
Educação permanente	Melhora da prática profissional
Cursos de treinamento em AIDPI	Correção de falhas e melhora da atenção
Supervisão e avaliação	
Valorização do ACS	Evita a rotatividade e duplicidade de vínculos;
Melhorar questão salarial	aumentar a satisfação profissional; melhora a atenção prestada
Melhora das condições de vida	Favorecer a ocupação; melhorar a renda, moradia e alimentação; combater a violência e as drogas; prevenir as doenças; melhorar o acesso às ações e serviços

5.3 – Sugestões das Mães

As sugestões das mães foram relacionadas fundamentalmente à necessidade de uma maior disponibilidade de médicos tanto na atenção básica quanto nas emergências, com preferência por pediatras nas USF, além da melhora da qualidade na oferta da atenção; maior disponibilidade de insumos, exames laboratoriais mais próximos e a existência de pronto-atendimento nas comunidades; melhor divulgação das ações e serviços e de educação em saúde. As sugestões referentes à melhoria das condições de vida foram escassas.

Atenção humanizada e com boa qualidade técnica

As mães sugeriram que o atendimento dos profissionais de saúde, com destaque para os médicos, deve ter boa qualidade técnico-científica associada a uma boa relação interpessoal, elementos de fundamental importância para a melhoria da saúde das crianças: *Que os médicos e os enfermeiros fossem mais atenciosos, respeitassem a idade da criança... fossem capacitadas para ter paciência com criança porque às vezes nem pergunta... nem examina a criança, passa a receita e pronto... (Mãe 13); ... ter paciência, com as crianças, consciência e atender com mais educação, porque tem muitos... já discuti aqui com o médico por causa da ignorância, a gente vai perguntar o que é que a criança tem, se tem alguma coisa grave, e ele responde: “Quem é o médico eu ou você?” Mas eu sou a mãe... tem que explicar direitinho pra eu ficar ciente. (Mãe 4).*

Maior divulgação das informações em saúde

Apenas o grupo de mães propôs que deveria haver um maior repasse de informações sobre o funcionamento do SUS, assim como uma maior divulgação das ações e serviços direcionados às crianças na comunidade, o que contribuiria para a melhor utilização dos serviços, maior conhecimento sobre a saúde e diminuiria a mortalidade infantil: *Eu acho que deveria sim, repassar mais isso pra gente... entrar em contato mais com a comunidade, porque a maioria das mães é leiga... de como chegar a uma médica, de como chegar a um exame, que remédio a gente possa usar... (Mãe 2); ... convidar as mães para participar de palestras, participar de ações na comunidade... tem que puxar a família porque eu acho que a cabeça é a família, é o pai e a mãe... Acho assim, que não resolveria tudo, mas que diminuiria a mortalidade infantil... (Mãe 16); ... Onde eu moro eu queria que tivessem pessoas capacitadas para fazerem visitas, tem muitas mães sem informação na área de saúde, porque estaria orientando a gente como é que cuida... com essas visitas ajudaria bastante. (Mãe 18).*

Maior disponibilidade de recursos para a atenção

Muitas informantes referiram-se a necessidade de aumentar os insumos disponibilizados às USF, assim como medicamentos e materiais, o que melhoraria a resolutividade destes serviços: *... deveria ser mais ágil em termos de remédio... que eles possam facilitar isso pra gente.* (Mãe 2); *Devia mudar o lençol para os postos... Eu mesmo quando levo meu filho pro posto eu levo um trocador de fraldas ou se não um lençolzinho...* (Mãe 10).

-Laboratórios clínicos

Muitas mães sugeriram a implantação de laboratórios de análises clínicos mais próximos às comunidades: *... seria melhor que fizesse todos os exames próximo de casa, porque o Pombal (Laboratório Central Municipal) é lá em Santo Amaro e vai andando...* (Mãe 1).

-Maior disponibilidade de médicos para a atenção

As sugestões de quase todas as mães foram relacionadas a uma maior disponibilidade de médicos tanto nas USF, em que o atendimento é majoritariamente realizado por enfermeiras, quanto nas emergências: *Era pra ter mais médicos nesse postinho... porque só tem dois, o médico, que é o clínico geral e a enfermeira* (Mãe 10); *Nas emergências eu gostaria que tivessem mais médicos, para não ter esse caos, de mãe irritada pelo estado das crianças...* (Mãe 18).

Organização da atenção

-Atendimento médico no PSF

Muitas mães sugeriram que o médico é o profissional mais adequado para o atendimento das crianças, uma vez que nas USF a atenção infantil é prestada majoritariamente por enfermeiras: *Dentro da comunidade... que tivesse médico mesmo, e não enfermeira, porque a maioria é tudo enfermeira lá no posto...* (Mãe 17).

-Contratação de pediatras no PSF

Muitos informantes sugeriram a contratação de pediatras para as comunidades do PSF para melhorar a atenção infantil e evitar o deslocamento das crianças para outros serviços: *Lá na área, eu gostaria que tivesse pediatra, ajudaria bastante o atendimento, porque é pertinho e a gente não precisaria se deslocar pra mais longe...* (Mãe 18).

-Atendimento a doenças agudas nas USF

Houve várias sugestões destacando a necessidade do atendimento de casos de doenças agudas sem agendamento prévio dentro das comunidades, o que contribuiria para diminuir a procura pelas emergências: *... se eu tiver que precisar pegar uma ficha pra atender*

minha filha, porque ela tá doente, aí devia atender logo, sem marcar, mas se não fosse um caso grave, aí marcava já pra outro dia, não esperava um mês, dois meses... Vem tudo pra emergência, podendo ser atendido lá no posto, que é muito mais perto. (Mãe 8); Acho que precisa melhorar as consultas, acho que mesmo sem marcação a doutora pelo menos podia ver o que ela tinha pra ver se era uma coisa mais grave ou não... (Mãe 14).

-Ampliação dos horários de atendimento nas USF

Houve propostas para a ampliação dos turnos de atendimento nas USF para facilitar a atenção das crianças nas comunidades: *Precisa ter mais horário... lá é um posto que só funciona de manhã, à tarde é pra resolver outras coisas... final de semana ele não funciona, sexta feira ele não atende... (Mãe 5).*

-Cumprimento dos horários de atenção

As informantes destacaram a necessidade do cumprimento dos horários de atenção nas USF para melhorar o atendimento das crianças: *Ali no posto da comunidade, me desculpe, mas não tem jeito não... hora do atendimento, 8 horas, 9 horas? Meio dia fecha, 2 horas da tarde abre, 5 fecha... (Mãe 13); ...o médico, que é o clínico geral, só vive faltando... tem que dizer a verdade mesmo... Aqui só é ... (enfermeira) mesmo pra atender tudo... negocio de prevenção, de criança, ela é tudo! ... (Mãe 10).*

-Triagem médica nas emergências

Muitas sugestões diziam respeito à implantação de um sistema de triagem nas emergências que identificasse a gravidade do caso para priorizar o atendimento das crianças: *Devia ter uma identificação nas emergências pra saber se é emergência ou não e passar na frente. (Mãe 12); ... e na emergência dar prioridade a quem esteja pior, quem não pode esperar muito... Porque tem criança que não é atendida porque não tá na vez dela... (Mãe 17).*

-Melhor atuação do ACS

Apesar do ACS ser o profissional de maior interface com as mães, apenas duas informantes o mencionaram com sugestões quanto à sua melhor atuação nas visitas domiciliares: *... e na comunidade se os agentes de saúde acompanhassem, fosse nas casas, marcassem todo mês certinho também, e que dessem mais atenção, quando você não tá marcada, sem ser puericultura, eu acho que melhoraria. (Mãe 12).*

-Supervisão dos profissionais

Algumas mães sugeriram um maior gerenciamento das USF nas comunidades para uma

oferta de atenção de melhor qualidade pelos profissionais: *Ali no posto certo que tem pessoas boas também, mas é raramente... por causa de um pagam todos... Podia mudar se tivesse uma pessoa de punho forte, que dissesse assim: “tal hora chegar, tal hora sair, a sua função é esta, você só pode fazer isto”. Na hora do seu almoço você conversa, você fuma, você faz o que quiser, mas na hora do atendimento, não!* (Mãe 13).

Melhoria das condições de vida

Poucas mães destacaram a necessidade da melhoria das condições de vida como fator facilitador do acesso aos serviços públicos, como o engajamento de profissionais de saúde no trabalho preventivo às mães-meninas de rua usuárias de drogas, a educação em saúde, assim como o saneamento das comunidades onde vivem: *Lá aonde eu moro as ruas não são calçadas aí quando chove fica aquele lamaceiro, a encanação da fossa fica com fezes, urina, tudo... queria que melhorasse isso...* (Mãe 11); *Acho que mais atenção, tem muita gente, médicos e enfermeiras não ligam pra criança de rua, ... as mães que usam drogas...* (Mãe 20); *Que tivesse duas vezes na semana, uma palestra de uma coisa, uma atividade de outra... com as crianças, brincar, fazer teatrinho para os pequeninhos ver... porque o que as crianças vêm lá é morte... gente traficando drogas...* (Mãe 13).

Quadro 27 – Sugestões das mães para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável

Sugestões	Consequências esperadas
Atenção humanizada e de boa qualidade técnica	Melhora da atenção recebida e da satisfação do usuário
Informação em saúde	Utilização adequada dos serviços e ampliação do conhecimento sobre a saúde das crianças
Maior disponibilidade de recursos e de medicamentos Laboratórios clínicos mais próximos Maior disponibilidade de médicos Atendimento por médicos e pediatras no PSF	Diminuição dos gastos da família Favorece o diagnóstico e o tratamento precoces Evita o agravamento da doença e a hospitalização
Atendimento de doenças agudas no PSF Ampliação e cumprimento dos horários de atenção no PSF	Evita deslocamentos a outros serviços Evita a sobrecarga das emergências Ampliação do acesso às ações e serviços
Melhora das condições de vida	Favorecer a ocupação; melhorar a renda, moradia e alimentação; combater a violência e as drogas; prevenir as doenças; melhorar o acesso às ações e serviços

A seguir mostra-se o quadro comparativo das sugestões de todos os grupos:

Quadro 28 - Sugestões de todos os grupos de informantes para melhorar o acesso das crianças à atenção à saúde e reduzir a mortalidade infantil evitável

Sugestões Atores	Gestores	Profissionais das Policlínicas/UBT	Profissionais do PSF/PACS	Mães
1. Âmbito das políticas e do modelo de atenção	Cumprimento das políticas direcionadas às crianças Efetivação da rede de atenção hierarquizada	Implantação do programa de saúde da criança Efetivação da rede de atenção hierarquizada Mudança curricular médica	Protocolo de atividades direcionado às crianças Efetivação da rede de atenção hierarquizada	-
2. Âmbito da oferta de ações e serviços	Maior disponibilidade de recursos para a atenção Alocação de profissionais com perfil para PSF Supervisão e avaliação dos profissionais	Ampliação do PSF Supervisão e avaliação dos profissionais Educação permanente dos profissionais	Ampliação do PSF Alocação de profissionais com perfil para PSF Contratação de pediatras no PSF Supervisão e avaliação dos profissionais Educação permanente dos profissionais Cursos de treinamento em AIDPI	Atenção humanizada e de boa qualidade técnica Informação em saúde Maior disponibilidade de médicos Atendimento por médicos e pediatras no PSF Atendimento de doenças agudas no PSF Ampliação e cumprimento dos horários de atenção no PSF Maior disponibilidade de recursos e medicamentos Laboratórios clínicos mais próximos
4. Âmbito dos profissionais	-	Melhorar questão salarial médica	Valorização do ACS Melhorar questão salarial dos profissionais	-
5. Âmbito da população	-	Melhora das condições de vida	Melhora das condições de vida	Melhora das condições de vida

6 – Estudo de caso sobre um óbito infantil pós-neonatal evitável ocorrido no DS I de Recife: percorrendo as barreiras ao acesso

Como vive Maria das Dores

Maria das Dores tem 26 anos, cor parda, aparência envelhecida para a idade, desnutrida, dentes em mau estado de conservação. Está desempregada e vive de “bicos”: encher garrafas com detergente, fazer unhas e cabelo, eventualmente vende drogas (maconha e crack), sendo usuária das mesmas.

Estudou até a oitava série do Ensino Fundamental, teve seis filhos: o mais velho, um menino de dez anos, seguindo-se de três filhas com idades de seis, cinco e três anos, um filho nascido morto e a última filha, Maria do Céu, o caso de óbito. Estava sem parceiro fixo no período da investigação.

A casa de Maria das Dores é própria, de alvenaria, sem pintura, com três cômodos, o piso é de barro batido, o teto é de telha com a maioria delas quebrada; não dispõe de sanitário (os dejetos são jogados a céu aberto) ou de água encanada (pega na casa do vizinho); não possui geladeira, fogão à gás ou TV; tem um fogareiro à álcool. A residência apresenta péssimas condições de limpeza, com lixo pelo chão, apesar da coleta da comunidade ser realizada por garis da prefeitura. A rua é muito estreita, que pode se chamar de “beco”, distando cerca de 200 metros da USF numa comunidade do DS I do Recife.

Maria das Dores reside com os quatro filhos vivos e um tio idoso de 86 anos, na época do óbito também vivia um irmão de catorze anos (que igualmente é usuário de drogas). Dormem em um cômodo, com duas camas de solteiro, sendo uma cama para o idoso e a outra onde se acomoda Maria das Dores e os quatro filhos (antes ainda dormiam Maria do Céu e o tio adolescente).

A renda mensal da família é composta do que Maria das Dores recebe eventualmente dos “bicos” e do comércio de drogas, de metade da aposentadoria do tio (aproximadamente 200 reais) e do Programa Bolsa Família (programa governamental de transferência de renda), no valor de 95 reais, perfazendo aproximadamente 300 reais por mês (170 dólares), menos que o salário mínimo nacional, então de 415 reais.

A gravidez de Maria das Dores: Não realização das ações preventivas do pré-natal: barreiras maternas e institucionais na atenção básica

Maria das Dores não realizou consultas de pré-natal agendadas, só comparecendo à USF quando doente. Tampouco os profissionais da USF foram a seu domicílio para a realização das consultas, conforme o estabelecido, uma vez que é uma gestante de risco (usuária de drogas e desempregada).

-Em 18 de agosto de 2006 Maria das Dores iniciou o pré-natal na USF com a enfermeira, no curso do quarto mês de gestação, sendo a consulta motivada por apresentar dores em baixo ventre e corrimento vaginal amarelado, com odor fétido e prurido intenso. A sua pressão arterial e os sinais vitais do feto eram normais. Foram prescritos os medicamentos adquiridos na USF e solicitados os exames de rotina de pré-natal e ultrassonografia. Porém não retornou para as consultas preventivas com a enfermeira nos três agendamentos seguintes.

-A segunda consulta de pré-natal de Maria das Dores ocorreu dois meses após a primeira, no sexto mês de gestação, foi realizada pela médica e compareceu pelos mesmos sintomas da consulta anterior, acrescidos de disúria (dor ao urinar), sugestivos de infecção urinária. Igualmente, sua pressão arterial e os sinais vitais do feto eram normais. Foi prescrita medicação específica adquirida na USF e encaminhada para exames de pré-natal novamente, porque não havia realizado anteriormente.

Retardo na realização da ultrassonografia: barreiras institucionais na atenção especializada

-A terceira consulta de pré-natal foi feita um mês após a segunda, no curso do sétimo mês de gestação, motivada novamente por dor em baixo ventre e disúria, além de tosse e dispnéia (falta de ar). Havia realizado os exames de rotina solicitados pela médica, que foram normais. No entanto, a ultrassonografia ainda não havia sido realizada, porque o agendamento através da Central de Regulação era para o mês seguinte. Pelo quadro clínico apresentado e como tinha interrompido o tratamento antibiótico antes do tempo previsto, a médica encaminhou para hospitalização em Maternidade Universitária conveniada ao SUS.

Prontuário hospitalar

Na admissão hospitalar Maria das Dores apresentava dores em hipogástrio e corrimento vaginal branco e fétido, a pressão arterial e sinais vitais do feto estavam normais. Teve como hipóteses diagnósticas: gravidez única; infecção urinária; vaginose bacteriana e tuberculose pulmonar (porque tinha dispnéia, tosse produtiva há um mês e dores em região torácica), sendo internada na enfermaria de gestantes de alto risco. Como os exames radiológicos e outros específicos para o feto e o parecer cardiológico foram normais, no terceiro dia de hospitalização foi orientada a alta hospitalar com prescrição de medicamentos para serem tomados no domicílio.

Não seguimento da prescrição médica por Maria das Dores: barreiras maternas e institucionais na atenção básica

Três dias após a alta hospitalar, Maria das Dores retorna à USF para a quarta consulta pré-natal com a médica, no curso do oitavo mês de gestação, menos de um mês após a terceira consulta, por apresentar quadro de desconforto respiratório. Devido ao quadro clínico apresentado, a médica da USF novamente a encaminhou ao hospital para parecer de especialista, no entanto a mesma não seguiu a orientação.

Na opinião da ACS, Maria das Dores não comparecia à USF para realizar o pré-natal de rotina, porque é usuária e comercializava as drogas (maconha e crack) durante toda a gestação, persistindo até o momento, percepção compartilhada pela médica e pela enfermeira, pois o pré-natal é de responsabilidade desta última, segundo a narrativa da médica: *...porque lá é uma área... dizem que consomem muita droga... E ela fez três consultas comigo, foram quatro consultas de pré-natal, três foram comigo...* (médica).

Entretanto, no depoimento de Maria das Dores ela parou com o uso de drogas na gravidez de Maria do Céu: *...não, quando eu vi que estava grávida, deixei as drogas... só fumava cigarro normal mesmo...* (Maria das Dores).

O nascimento de Maria do Céu: barreiras econômicas

Cinco dias após a última consulta, Maria das Dores sentiu as dores do parto num dia de domingo, com a USF fechada, encaminhou-se a pé e desacompanhada para procurar a atenção na Maternidade Universitária onde esteve internada, porém no trajeto não

agüenta as dores e inicia o trabalho de parto em via pública, na praça próxima ao local de moradia. Caminhou sozinha ao serviço de saúde sem que ninguém a ajudasse: ... *a cabecinha dela do lado de fora, eu segurando pra não cair e o sangue descendo pelas pernas abaixo...* (Maria das Dores). Na maternidade prestaram os primeiros socorros e a transferiram com a criança para outro serviço conveniado ao SUS: ... *ai lá eu acabei de ter o parto dela.* (Maria das Dores).

Segundo Maria das Dores, Maria do Céu nasceu bem, chorou espontaneamente, realizou exames de rotina que foram normais, o que foi confirmado através da documentação fornecida pela maternidade (Declaração de Nascidos Vivos), onde constava que Maria do Céu nasceu com boas condições de vitalidade, com peso de 2.725g, portanto sem asfixia, prematuridade ou baixo peso ao nascer.

Maria das Dores e Maria do Céu tiveram alta da maternidade no dia seguinte ao parto, segundo a ACS a alta foi precoce porque a mãe “estava roubando os pacientes”, sendo trazida para a comunidade pelo serviço social, que forneceu tal a informação não confirmada na pesquisa.

Percorrendo a vida de Maria do Céu

As trajetórias assistenciais de Maria do Céu: barreiras institucionais e socioeconômicas

No depoimento de Maria das Dores, Maria do Céu veio para casa sem problemas, com amamentação exclusiva ao seio, tendo recebido a primeira visita domiciliar, logo ao chegar da maternidade, assim como as subseqüentes apenas da ACS. Maria do Céu foi levada à USF nos primeiros dias de vida por Maria das Dores, onde recebeu roupas e medicamentos: ...*ela (ACS) foi veio aqui em casa no dia que a gente veio... depois eu fui no posto e aí eu disse a ... (ACS) “a menina ta sem berço, ta dormindo comigo na cama mais os outros quatro irmãos, cinco menino com ela...” aí ela arranjou um berço aqui pra menina, fraldas e sorinho pra botar no nariz dela que tava entupido.* (Maria das Dores).

Os depoimentos da ACS coincidiram com os de Maria das Dores, sobre a realização de visitas domiciliares enquanto Maria do Céu estava viva: ...*eu sempre fazia as visitas... e a criança foi levada pela mãe à USF várias vezes, sendo relativamente saudável, bem nutrida e sempre foi amamentada no peito exclusivamente durante toda a sua vida.* (ACS).

No entanto, segundo Maria das Dores, depois de “algum tempo” de vida a criança apresentou-se doente: *A menina começou a cansar... ter febre, diarréia e começou a vomitar um dia*

e depois ficou vomitando direto, aí ela (a ACS) passou lá em casa pra fazer a rotina dela, aí eu disse “a menina tá se obrando e tá vomitando” aí ela disse “leva ela pro posto”. Aí eu levei pro posto. Aí a doutora atendeu ela, tudinho e mandou pra o ... (emergência de hospital infantil de média complexidade), me deu vale-transporte (Maria das Dores).

Esse relato de Maria das Dores foi confirmado pelo prontuário médico e por depoimentos da médica, relatando que Maria do Céu realizou a primeira consulta na USF aos dezoito dias de vida porque estava doente e que a encaminhou para o hospital com o diagnóstico de desidratação. A médica destacou que a menor pesou 3.500g, sendo eutrófica (não era desnutrida) e que estava em aleitamento materno exclusivo, devido à sua orientação junto à mãe: *... mas até eutroficzinha, porque eu dava muita assistência à mãe e fazia com que ela amamentasse...(médica).*

As barreiras na continuidade assistencial: ausência de contra-referência e de seguimento da criança no domicílio por toda a equipe do PSF

No hospital Maria das Dores relatou que a criança foi atendida, medicada e foi prescrito soro reidratante oral para dar em casa, não necessitando de hospitalização: *Fiquei dando só o peito e soro oral a ela, que nunca dei mamadeira...* (Maria das Dores).

As cópias do receituário médico indicavam os motivos do encaminhamento, com os diagnósticos de Desidratação por Diarréia e Vômitos e Erro alimentar, apesar da criança ser amamentada exclusivamente ao seio materno. No entanto, no hospital para onde foi encaminhada, a criança recebeu prescrição de soro oral e foi re-encaminhada para residência, sem contra-referência. Quinze dias após este episódio de doença, Maria das Dores relatou que Maria do Céu apresentou uma piora dos sintomas: *... depois ela piorou de novo, a diarréia dela ficou pior... com uma catinga ... aí eu vim pro posto de novo e a doutora mandou eu levar ela pro ... (hospital infantil de média complexidade) de novo... eu sempre chegava no posto sem marcar, chegava nas últimas com a menina...* (Maria das Dores).

No prontuário médico constava a segunda e última consulta de Maria do Céu na USF, 15 dias após a primeira, com um mês e três dias de vida, pesando 3.800g, ainda em aleitamento materno exclusivo. O motivo da consulta foi tosse, “cansaço” (falta de ar) e vômitos. A médica diagnostica novamente Desidratação e provável Pneumonia encaminhando-a como na consulta anterior, para a emergência do mesmo hospital infantil para internamento mediante receituário com as referidas hipóteses diagnósticas. No relato da médica o motivo da suposta pneumonia foi a fumaça domiciliar: *Quando chegou com a outra consulta ela estava com pneumonia, sabe por quê? Dizem que usam muita... droga, é muita*

fumaça de noite dentro da casa, tá entendendo? (médica).

Nesta segunda consulta hospitalar Maria das Dores relatou que a criança foi atendida, medicada e outra vez, não foi hospitalizada. O médico da emergência prescreveu antibiótico e encaminhou ao domicílio, novamente sem contra-referência. Maria das Dores não seguiu a prescrição, conforme seu depoimento: *O doutor de lá mandou voltar pra casa de novo. Ele tava com suspeita que ela tava com uma infecçõzinha na barriga, aí passou antibiótico, mas eu não quis dar não porque era muito forte pra ela, ela era muito nova... Aí fiquei dando soro pra ela, pedi no posto e também sorinho pro nariz que tava muito entupido... só vivia com o nariz entupido ela... direto.* (Maria das Dores).

Apesar da criança não ter sido hospitalizada em nenhum dos dois encaminhamentos, a médica da USF afirma o contrário em sua narrativa sobre as trajetórias assistenciais da criança: *dois internamentos. Em menos de dois meses, dois internamentos...* (médica).

No Cartão da Criança, documento para acompanhamento da saúde da criança pela AB, apenas consta os dados de identificação, a anotação da vacina BCG, feita ao nascer na maternidade e contra Hepatite B, feita na USF com um mês de vida e o agendamento para as próximas vacinas do calendário. Além disso, há a anotação do falecimento. Maria das Dores relata que Maria do Céu só fez duas consultas na USF e duas no hospital, já descritas no depoimento médico, mas que durante toda a vida da criança ia muitas vezes ao posto da comunidade (USF) e recebia visita pela ACS com frequência na sua casa, o que foi confirmado pela mesma, porém não existem registros destes atendimentos.

O óbito evitável de Maria do Céu: o desfecho das barreiras institucionais, maternas e socioeconômicas ao acesso à atenção à saúde

No depoimento de Maria das Dores, na véspera do falecimento de Maria do Céu - que ocorreu aos **dois meses e onze dias de vida** - a criança despertou pela manhã sem problemas, mas às duas horas da tarde começou a apresentar febre e vômitos e por isso a levou à USF, para ser examinada pela médica, que não se encontrava no serviço: *... Aí eu fui atrás de ... (ACS) aí a menina disse “não ela tá não, tá na rua”, aí eu, cadê a doutora? “a doutora já foi”. Aí eu voltei pra casa com ela, dei dipirona a ela, a febre passou, dei peito normal pra ela, botei ela pra arrotar... e botei ela pra dormir, mas ela ficou brincando ainda, não tava esmorecida, tava espertinha... depois a gente foi dormir.* (Maria das Dores).

Esse último depoimento de Maria das Dores entrou em conflito com o da ACS a qual

negou alguma doença da criança no dia anterior ao óbito. Porém, quando confrontada com o fato de que Maria das Dores havia procurado o serviço para o atendimento de Maria do Céu, afirmou que ela chegou à unidade às 17 horas, horário em que está fechada e não às duas horas da tarde, como a mãe havia relatado.

Maria das Dores relatou que no dia do óbito, 14 de fevereiro de 2007, levantou-se pela manhã e Maria do Céu estava deitada de costas para ela, aparentemente abraçada ao irmão: *... aí eu disse eita! ela tá dormindo... vou pegar e vou dar de mamar a ela que meu peito tá muito cheio... aí fui lavei o rosto e acendi um cigarro, e acabei de fumar e voltei de novo e ela continuava dormindo... aí eu falei, ela tá dormindo muito... aí quando eu virei ela e peguei pra mamar aí ela tava com a roupa melada de leite, o nariz todo cheio de catarro, como se tivesse um catarro saindo e ela tava toda roxinha... aí eu peguei ela no braço e saí correndo pelo meio da rua!* (Maria das Dores).

Maria das Dores relatou que correu com Maria do Céu nos braços até a avenida (há aproximadamente 200 metros) e pediu ajuda a um taxista, que a levou até a Maternidade Universitária onde esteve internada, no trajeto tentou amamentar a criança, pensando que ela estava só desmaiada, mas ela não conseguia mamar: *Eu não pensava que estava morta... aí quando cheguei lá entrei na sala e fiquei com ela, tava mais calminha assim, dava o peito e ela não pegava... foram chamar a médica e quando a doutora chegou pra ver ela... disse que ela já tava morta...* (Maria das Dores).

Investigação na Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente (GPCA) e no Instituto de Medicina Legal (IML)

As narrativas de Maria das Dores são confirmadas na documentação referente ao óbito de Maria do Céu. A Maternidade Universitária encaminhou o corpo que chegou sem vida à GPCA, que realizou entrevista com a mãe, conforme descrito no documento: *A mãe informou que a criança estava saudável, cansava ocasionalmente, amamentou até às três horas do dia 14 de fevereiro de 2007 e notou a criança cianótica às sete horas do mesmo dia. Ainda informou que com um mês de vida teve indicação de internamento por cansaço, levou a criança, sendo encaminhada ao domicílio* (GPCA).

O corpo foi encaminhado para a perícia tanatoscópica do IML, cuja conclusão da *causa mortis* constante na Declaração de Óbito foi: *Asfixia por Broncoaspiração, conforme descrito no documento: ...como havia grande quantidade de secreção leitosa na árvore brônquica e traquéia, secreção semelhante à encontrada no estômago, concluímos que houve broncoaspiração do conteúdo gástrico, levando à asfixia.* (IML).

Anotações da Ficha Confidencial de Investigação do Óbito

Este documento foi preenchido pela médica e a ACS que acompanharam a criança em 24 de agosto de 2007, sete meses após a ocorrência do óbito, onde consta entre outras anotações: que a criança não era inscrita no Projeto Cidadão; tinha o cartão vacinal atualizado; que recebeu quatro visitas domiciliares da ESF (sem especificação dos profissionais que realizaram); realizou duas consultas de rotina e duas de emergência na USF, havendo confirmação apenas da realização das vacinas e das duas consultas de emergência realizadas pela médica.

Conclusões das evidências de evitabilidade do óbito contidas na Ficha Confidencial de Investigação do Óbito: a morte de Maria do Céu possivelmente poderia ter sido evitada por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e através de parceria do setor saúde com outros setores e os fatores imputados na evitabilidade foram profissionais, sociais e de cunho pessoal da família.

O que causou a morte de Maria do Céu e o que poderia ter sido feito para evitá-la: o conflito de opiniões sobre a culpa do óbito

A causa da morte de Maria do Céu, assim como o que poderia ter sido feito para evitá-la é percebida de distintas maneiras a depender da informante, havendo conflito de opiniões sobre a responsabilização pelo óbito entre os atores envolvidos.

O que percebe Maria das Dores

Maria das Dores narrou que houve muitos comentários na comunidade sobre ela ter matado a filha sufocada e que chegou a apanhar por causa da morte da criança: *O matador daqui de Santo Amaro bateu em mim porque disse que foram dizer a ele que foi eu que tinha matado ela, deu uma coronhada de revólver e disse “você matou ela”*. No entanto, Maria das Dores afirmou que apanhou porque o agressor não gosta dela, pois deixou de vender droga pra ele, já que só vendia para poder usar e abandonou o vício: *ele não se conforma, deu em mim porque não vendo mais a droga pra ele...*

Na opinião de Maria das Dores, coincidente com o laudo médico, a causa da morte de Maria do Céu foi a sufocação pelo leite, no entanto tinha dúvidas sobre as acusações de vizinhos, de que a criança faleceu porque seu irmão teria caído sobre a mesma: ... *na*

minha opinião ela morreu do leite, sufocada, ou no momento que dormi... o menino ficou por cima dela... acho que não fui eu não, porque quando eu durmo eu não me mexo não com medo de machucar eles... acho que foi o leite mesmo...

A mãe acha que a morte da filha poderia ter sido evitada se ela tivesse dado a criança para outra pessoa criar quando nasceu, porque dormiria num berço, um discurso contraditório, pois havia o berço no domicílio: *A mulher disse que se eu tivesse dado podia ter evitado porque tinha um local melhor pra dormir, um berço...*

O que percebe a médica

Apesar do lapso de tempo decorrido entre a última consulta médica de Maria do Céu na USF e o óbito ter sido de um mês e oito dias, o relato contraditório da médica foi de só ter tido notícias de Maria do Céu após o óbito, porque estava de licença por dez dias: *...Aí eu tive um problema ... uma flebite... e eu peguei uma licença de dez dias. No dia que cheguei, a auxiliar disse: “doutora Maria das Dores passou correndo com uma criança no braço, não era nem oito horas, o posto ainda ia abrir...” Eu digo: “o que foi?” Quando se soube a criança já estava morta...*

O relato da médica sobre o óbito de Maria do Céu confirma a narrativa materna, pois a mesma solicitou informações à médica da Maternidade Universitária sobre o caso e esta afirmou que a criança chegou sem vida no serviço. Acrescentou concordar com o laudo do IML da causa do óbito: *Eu acho que deve ter sido mesmo uma Broncoaspiração, porque ela amamentava...*

Na opinião da médica o óbito ocorreu por falta de atenção da ACS, que seria a responsável pelo acompanhamento da criança, acrescentando também o excesso de pessoas por equipe para a oferta de atenção adequada: *... porque eu acho o seguinte, que essas famílias que inspiram mais cuidados devem ser mais vigiadas, olhadas mais de perto. E eu acho que o veículo para o médico, para o enfermeiro, são as ACS, não é? A gente diz: olhe, fulano, fulano, fulano e fulano, esse pessoal é pra ser bem acompanhado... mas a gente está aqui com um monte de gente...*

É importante destacar que apesar da médica relatar que fazia visitas domiciliares à família antes da ocorrência do óbito, está registrado no prontuário apenas visitas domiciliares realizadas pela enfermeira e anteriores à gravidez de Maria do Céu, sendo as visitas da médica só registradas após a morte da criança.

O que percebe a enfermeira

Na opinião da enfermeira o óbito ocorreu por várias circunstâncias, desde a gravidez indesejada por falha na anticoncepção, imputada à médica que não prescreveu o anticonceptivo e ao fato da enfermeira não poder fazê-lo antes da prescrição médica, assim como ao uso de drogas pela mãe que a impede de cuidar adequadamente da criança: *...como ela é usuária de drogas, dormiu por cima da criança sufocando-a, ou não prestou a atenção quando a criança mamou, que regurgitou e acabou broncoaspirando... A gravidez era indesejada, porque não foi do próprio marido dela e não fez uso de anticonceptivo... a médica também não deu a prescrição, porque eu não dou medicação anticonceptiva se o médico não prescrever primeiro...*

Acrescenta que o óbito de Maria do Céu também foi devido à negligência de Maria das Dores, porque só comparecia à USF por doença: *“... ela não realizou o pré-natal na gestação, nem o acompanhamento da puericultura da criança comigo, só vinha doente!”*.

Tem dúvidas sobre a causa do óbito de Maria do Céu, acreditando que a criança morreu de asfixia, mas pelo uso das drogas no domicílio: *Ela morreu de asfixia. Eu não sei se foi asfixia porque ela broncoaspirou, ou se foi por conta da fumaça do crack queimando... eu sei que eu cheguei um dia pra visitar... e não consegui entrar, era um cheiro insuportável de fumaça...*

A enfermeira acredita que o óbito podia ter sido evitado caso houvesse um maior compromisso da médica, que influenciaria no trabalho de todos os outros profissionais, uma opinião coerente com seu discurso sobre a causa da morte: *... talvez seja falta de ética isso... o que eu queria era um médico compromissado, mas infelizmente... Porque meus ACS, se eu tiver um médico compromissado, ele leva todo mundo...*

O que percebe a ACS

A ACS afirmou que a GPCA já esteve algumas vezes na residência de Maria das Dores, sempre por ser negligente com as crianças, nunca por violência física. Concorde com a opinião dos vizinhos, de que na noite anterior ao óbito de Maria do Céu, Maria das Dores havia discutido seriamente com o irmão porque teria fumado a pedra de crack dele e que o mesmo teria caído por cima da criança durante a briga.

Na opinião da ACS o óbito ocorreu pelo uso de drogas pela mãe e pelo tio adolescente, além do aglomerado de pessoas na cama, apesar da criança ter recebido seu berço, porém não opinou diretamente sobre sua evitabilidade: *...ela e o irmão estavam drogados e foram dormir todos na mesma cama, ela, Maria do Céu, os demais filhos e o irmão... a criança morreu*

sufocada... a menina tem o berço, mas ela diz que tinha medo de colocar a menina no berço, aí quando ela despertou lá pelas cinco horas da manhã a menina tava já morrendo...

O quadro 29 procura sintetizar as barreiras no acesso e utilização da atenção que contribuíram para o óbito infantil evitável:

Quadro 29 - Trajetória do óbito evitável de Maria do Céu: barreiras ao acesso realizado

Falhas na Atenção Básica	Falhas na continuidade assistencial
<p>Antes do nascimento Falta de acompanhamento da gestante em risco social por busca ativa por toda a equipe do PSF -Gestante realiza as 4 consultas no pré-natal na USF por apresentar doenças -Gestante não recebe orientações promocionais e preventivas</p>	<p>-Não realização da contra-referência da criança por escrito pelo serviço especializado ao PSF; -Não responsabilização pela criança ao longo de sua trajetória assistencial por toda a equipe do PSF -Criança permaneceu 1 mês e 8 dias sem receber consultas médicas ou de enfermagem desde a última consulta na USF até a doença que contribuiu para o óbito; -Ausência de atenção diferenciada à criança de risco para adoecimento e óbito.</p>
<p>Após o nascimento -RN não incluída na Vigilância à Criança de Risco por critérios sociais: mãe desempregada, usuária de drogas, múltipara, sem parceiro, mora em área de risco social -Criança não recebe visita domiciliar nos primeiros 15 dias de vida ou nos demais dias pela enfermeira e/ou médica -Criança só realiza consultas médicas na USF por apresentar doenças, não recebendo ações promocionais e preventivas para a manutenção da saúde (a importância da postura adequada para a criança dormir; a possibilidade de sufocação por aglomerado no leito; o desconforto respiratório por fumaça intradomiciliar, etc.)</p>	<p>Falhas no acesso à atenção durante a doença que contribuiu para o óbito -Mãe não consegue consulta para a criança na USF no dia anterior à sua morte quando apresentava doença febril aguda; -Criança não foi orientada para consulta na emergência pediátrica; -Óbito por aspiração de leite desencadeado por doença respiratória aguda (e/ou agravada por fumaça intradomiciliar/compressão mecânica acidental do corpo da outra criança)</p>

Discussão

1. As barreiras ao acesso das crianças às ações e serviços e sua influência na mortalidade infantil evitável na percepção dos atores

Na percepção da maioria dos atores sociais existem diversas barreiras ao acesso potencial e realizado enfrentadas pelas crianças residentes no território do DS I, com importantes repercussões na prevenção da mortalidade infantil evitável por ações e serviços de saúde. Alguns deles, no entanto, destacaram o Programa Nacional de Imunização e o maior cumprimento das ações preconizadas pelo PAISC após a implantação do PSF e PACS como contributivas ao declínio dos óbitos infantis em todo o Brasil, seguindo o discurso oficial (Brasil, 1986; Brasil, 1994a; Brasil, 1994b; Brasil, 1995a; Brasil, 2005e; Brasil, 2006b). Os participantes ressaltaram dificuldades de acesso ao longo de todo o contínuo assistencial, desde a atenção básica - independente de ser ofertada pelo PSF/PACS ou rede tradicional, às consultas nas Policlínicas nas suas duas modalidades de assistência – básica e especializada, aos serviços de média e alta complexidade e às emergências pediátricas.

Dentro dos fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde que são inter-relacionados (Andersen, 1995), emergiram três grupos importantes de barreiras: as relacionadas à implantação e implementação do SUS, incluindo as políticas de atenção à saúde da criança, os fatores estruturais e organizacionais da oferta e as características do contexto social das crianças na área pesquisada. Entretanto, os obstáculos referentes à inadequação do SUS para garantir o acesso universal das crianças à atenção integral, revelaram-se como a mais importante barreira com preponderante influência na mortalidade infantil evitável por ações e serviços.

Apesar das distintas barreiras emergirem da maioria das narrativas entre todos os grupos de atores, percebe-se marcadas diferenças de intensidade dos discursos, indicando que o acesso das crianças às ações e serviços e a influência exercida na prevenção dos óbitos infantis é um fenômeno complexo, que não é visto de maneira uniforme. A ênfase das narrativas de determinados obstáculos entre os grupos corresponde ao nível de

conhecimento das políticas e programas e às distintas opiniões dos participantes sobre o funcionamento do sistema e dos serviços por um lado, e do processo de oferta e utilização por outro. Estas diferenças refletem o papel desempenhado pelos diferentes grupos de atores no modelo assistencial, indicando algumas posições de conflito entre os mesmos.

A maioria dos atores institucionais destacou como principais barreiras ao acesso das crianças no campo das políticas, os fatores relacionados às falhas de gestão e de implementação do modelo de atenção do SUS, onde se incluem as políticas de atenção à saúde da criança. Entretanto, enquanto os pediatras e gerentes das Policlínicas e UBT enfatizaram a ausência efetiva de um programa de saúde da criança no município, os gestores e profissionais do PSF/PACS opinaram a falta de articulação intersetorial no município e as mães destacaram a pouca resolubilidade do modelo de atenção como fatores importantes na inadequação da assistência.

Entre os fatores relacionados à disponibilidade das ações e serviços as principais barreiras para o acesso das crianças na opinião dos atores institucionais são a escassez global de recursos para a atenção. A insuficiente disponibilidade de ações e serviços reflete-se nas barreiras ao atendimento médico das crianças na AB, especialmente nas demandas agudas, percebida com muita força por todas as mães. A ausência de uma retaguarda eficiente de atenção pediátrica nas Policlínicas, desenhadas para o atendimento das crianças referenciadas pelas equipes do PSF (Brasil, 2005e), desloca a AB para as emergências pediátricas, em geral situadas nos serviços de alta complexidade.

Por sua vez, a AB indevidamente ofertada nas emergências da Rede Complementar Conveniada não disponibiliza medicação básica para o domicílio, repercutindo nos gastos familiares na compra de medicamentos, com reflexos na acessibilidade econômica. Este é um exemplo da retroalimentação das barreiras, já que a maioria das crianças usuárias do SUS vive em situação de exclusão social, configurando-se a inter-relação entre os fatores institucionais e os fatores populacionais, representados pelas barreiras econômicas. Os gastos em saúde são ampliados, ainda que em menor grau,

quando a criança necessita se deslocar para obter atenção especializada em serviços mais distantes, desvelando-se a pouca disponibilidade de serviços de média complexidade. As barreiras de acesso neste nível de atenção somam-se à escassez de profissionais e de serviços de alta complexidade conveniados ao SUS, ocasionando um tempo prolongado para a realização das consultas neste nível, repercutindo no acesso realizado.

As barreiras organizacionais referentes à deficiente qualidade da atenção prestada principalmente pela falta de compromisso dos profissionais na oferta de atenção integral, especialmente pelo PSF, revelaram-se como um dos principais obstáculos ao acesso das crianças à atenção integral sobrepondo-se aos demais fatores na persistência da mortalidade infantil evitável, como destacado no estudo de caso de óbito infantil evitável. Entretanto, enquanto a maioria dos gestores e profissionais das Policlínicas e UBT enfatizam o descompromisso dos profissionais do PSF, estes destacam os problemas nos demais níveis assistenciais, além da falha na educação permanente, com o despreparo para as ações preventivas dos óbitos evitáveis. As mães põem em relevo principalmente a negligência materna associada às precárias condições de vida, além do mau atendimento nas emergências e da falta de disponibilidade de medicamentos como fatores associados às mortes infantis.

O estudo revelou que as barreiras no âmbito das políticas, institucionais e do contexto social ao acesso potencial se retroalimentam potencializando as dificuldades para a consecução do acesso realizado, influenciando as ações preventivas à mortalidade infantil evitável. Este achado mostra a importância da abordagem qualitativa, uma vez que a retroalimentação dos fatores é de difícil medição nas investigações de cunho quantitativo (Ricketts e Goldsmith, 2005) e corrobora o observado em recente pesquisa desenvolvida na Colômbia utilizando temática e metodologia semelhante (Vargas, 2009), mesmo tratando-se de estudo conduzido em um sistema de saúde distinto do brasileiro.

2. A fragilidade do SUS e as políticas de atenção à saúde da criança

A fragilidade na implementação do SUS estendendo-se à consolidação das políticas de atenção integral à saúde da criança reflete-se na limitação do significado de uma adequada atenção à saúde infantil e no pouco conhecimento destas políticas pela maioria dos atores sociais entrevistados, que é divergente do conceito abrangente das diretrizes governamentais brasileiras, fundamentadas na atenção integral (Brasil, 1986; Brasil 2005e; Brasil, 2006a). A insuficiente implantação do modelo de atenção também se revela no problemático financiamento do sistema e na pouca capacidade do SUS na gestão das políticas de saúde da criança, motivando a maioria das barreiras relacionadas aos fatores institucionais de disponibilidade e de organização das ações e serviços.

Conceito limitado de atenção adequada à saúde da criança

Os discursos apresentaram semelhanças e diferenças sobre o conceito assim como à sua valoração entre os grupos de pertença dos atores sociais. Assim, a despeito da maioria dos informantes institucionais incorporarem alguns elementos do discurso oficial (Brasil, 2005e; Brasil, 2006b), escassos depoimentos associaram a atenção adequada à integralidade do cuidado, como o conjunto de ações que valorize o acesso oportuno nos diversos níveis de atenção numa rede integrada de serviços com a coordenação do cuidado à criança por todo o sistema de saúde (Costa, 2004; Mattos, 2004; Pinheiro, 2006).

A principal convergência com o discurso governamental ancorou-se no destaque ao aspecto preventivista da atenção, enquanto outros constituintes de uma atenção adequada foram pontuais e distintos nos grupos. A coordenação assistencial na garantia da continuidade da atenção só foi narrada por poucos informantes do grupo dos gestores e profissionais das Policlínicas, enquanto foi omitida dos discursos dos profissionais do PSF e PACS, que salientaram as ações preventivas e curativas no seu nível de atenção. Entretanto, é importante considerar que a maioria dos participantes do grupo de gestores também reduziu a atenção adequada à saúde da criança à atuação das equipes do PSF desconsiderando a rede de atenção tradicional e os demais níveis hierárquicos do sistema.

Ressalte-se a ênfase conferida ao trabalho em equipe como constitutivo de uma adequada atenção à criança entre os profissionais prestadores da oferta, especialmente entre as enfermeiras e ACS do PSF/PACS, que perceberam esta subcategoria agregada ao compromisso com as ações a serem executadas. Esse é um achado interessante, pois sinaliza a incorporação do conceito de *trabalho em equipe*, um dos princípios norteadores da política de saúde da criança (Brasil, 2005e) e do próprio PSF. Por outro lado, é pertinente destacar que nos discursos de quase todos os informantes das Policlínicas e UBT, independentemente da categoria profissional, o conceito de adequada atenção à criança está vinculado principalmente à figura do médico, relegando-se a importância da equipe multiprofissional ao plano de apoio, em conformidade com os resultados de outros estudos (Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008). Todavia, a despeito das divergências concernentes ao trabalho em equipe ou à vinculação do médico como indicativos de atenção adequada, as opiniões sinalizam a necessidade de profundas mudanças culturais, organizacionais e do aparelho formador para a legitimação daquela prática pelos profissionais e pela população (Araújo, 2005; Conill, 2008; Silva et al., 2009), oportunizando uma melhora da qualidade da oferta em todos os segmentos assistenciais.

É interessante a convergência de narrativas entre o grupo de mães e dos informantes das Policlínicas e UBT, em associar a atenção adequada à garantia da oferta médica com boa qualidade técnico-científica, não mencionada nos discursos dos gestores e profissionais do PSF/PACS. A despeito do caráter ideológico das relações corporativas e de poder da classe médica ainda muito presentes no imaginário coletivo (Del Ciampo et al., 2006; Araújo, 2005), as narrativas indicam percepções de uma baixa qualidade da atenção infantil ofertada no atual modelo por parte dos atores sociais representantes da rede tradicional.

A inexistência de vinculação entre a atenção infantil de boa qualidade às ações promocionais e/ou preventivas no grupo das mães revela sua posição antagônica com a definição limitada dos atores institucionais. O achado explicita a compreensão materna da visão pouco abrangente do novo modelo de atenção integral pelos atores institucionais, que privilegiam a prevenção em detrimento da assistência curativa, frustrando-a das necessidades percebidas de atenção integral aos filhos, sendo estes os

antecedentes mais importantes e imediatos do uso dos serviços de saúde (Aday e Andersen, 1974).

Cumpram-se enaltecer outro antagonismo emergido entre os informantes institucionais e o grupo de mães referente ao conceito da humanização da atenção e do acesso mediado pelo acolhimento como indicativos de uma atenção adequada. A escassez de narrativas entre os primeiros e a riqueza entre o último, revelam que a dimensão do acesso associada ao acolhimento e à humanização do cuidado é um atributo de atenção adequada tão importante para as mães quanto a garantia do atendimento quando procurado, de boa qualidade técnico-científica. Os resultados eram esperados, haja vista que as mães experimentam a falha da atenção ofertada aos seus filhos nos serviços de saúde utilizados, especialmente nos dois pontos mais cruciais, a capacitação técnico-científica e a competência humana. Inclusive, existem estudos de metodologia semelhante ao presente em que esse último atributo emergiu como a habilidade mais relevante do profissional de saúde (Nations e Gomes, 2007; Delgado et al., 2010).

Os dados revelam que a prática da humanização, pressupondo o resgate da solidariedade e da cidadania na atenção ao usuário e do acolhimento, como mecanismo de ampliação do acesso por meio da oferta numa perspectiva centrada no usuário (Franco et al. 1999), não são atributos valorativos da atenção adequada às crianças na visão da maioria dos atores institucionais. Parecem indicar que estas importantes características da oferta, que são princípios norteadores da atenção integral à saúde da criança e diretriz operacional do SUS (Brasil, 2005e; Brasil, 2008d), não foram incorporadas na prática dos serviços, como demonstram outros estudos (Ramos e Lima, 2003; Schimith e Lima, 2004; Deslandes, 2004; Souza et al., 2008), podendo igualmente apontar a pouca relevância atribuída entre os responsáveis e prestadores da oferta às crianças recifenses estudadas.

As dificuldades de implantação do SUS repercutindo nas limitações na implementação da política de atenção integral à saúde da criança

As políticas de atenção integral à saúde da criança revelaram-se pouco conhecidas pela maior parte dos informantes, focalizada nas ações promocionais e preventivas e restritas à AB, com destaque à ofertada pelo PSF, com explicitação de todos os atores institucionais da inexistência de uma rede hierarquizada, visando a sua concretização e a

consequente redução da mortalidade infantil por causas evitáveis. Entretanto, enquanto os gestores enfatizam particularmente as barreiras à vigilância das crianças de risco, os profissionais das Policlínicas e UBT narram a descontinuidade de programas implantados, a indefinição dos níveis assistenciais e das responsabilidades inerentes a cada um como responsáveis pelos obstáculos para a atenção infantil.

Estes últimos participantes imputam à fragilidade de gestão do SUS o seu pouco conhecimento do funcionamento da rede de atenção com repercussões no desconhecimento da população, parecendo refletir as consequências da convivência de dois modelos de atenção paralelos na rede assistencial do SUS no Recife. Desenhados para retaguarda especializada pediátrica da AB ofertada pelo PSF (Brasil, 2005c), as Policlínicas seguem desempenhando um duplo papel na rede de atenção infantil, prestando assistência pediátrica preventiva e curativa básica às crianças não adscritas ao referido Programa. Em adição, a maioria destes informantes revelou que pela ausência de definição de clientela adscrita entre os residentes das micro-áreas no território do DS I, a atenção básica e especializada é ampliada às crianças de todo o município (e eventualmente da Região Metropolitana), exemplificando a insipiente gestão das políticas de atenção integral à saúde da criança no município do Recife.

Chama a atenção o discurso de alguns profissionais, incluindo componentes das equipes do PSF, quando argumentam que no modelo tradicional havia uma melhor adequação da oferta, com a assistência infantil realizada por pediatras. O desacordo dos médicos pertencentes ao PSF com o novo modelo assistencial, cuja atenção básica infantil é ofertada por médicos generalistas é particularmente importante e embute uma contradição, uma vez que na área estudada estes profissionais são majoritariamente pediatras de formação, revelando mais um problema na atuação do Programa. Sendo projetado para a oferta de AB para toda a população a ser exercida por clínicos gerais ou Médicos da Família, estes são substituídos por pediatras, que por sua vez não atuam como tal na assistência às crianças. Nesse aspecto existe consenso entre as narrativas do grupo das mães e a desses profissionais, da pouca legitimação do novo paradigma de atenção infantil, vislumbrando-se nos seus discursos a percepção de não resolutividade do modelo atual, pela mudança da atenção médica pediátrica praticada no anterior.

Saliente-se que apesar de ser atual estratégia estruturante do modelo de atenção para o fortalecimento da AB (Brasil, 1996; Brasil, 2007b), o PSF foi inicialmente um Programa direcionado aos pequenos municípios onde não existiam médicos especialistas. Sua expansão às grandes metrópoles brasileiras no início da presente década apresenta-se como um grande desafio a ser enfrentado na implantação do novo modelo assistencial e da política de atenção integral à saúde infantil, vigente desde a década de 1980 com a implantação do PAISC (Brasil, 1986), a ser exercida preferencialmente pelo PSF. A pouca cobertura do Programa, a baixa resolutividade, a convivência com uma rede básica tradicional outrora bem estruturada atuando com outra lógica organizacional, as barreiras na oferta de atenção pediátrica especializada, apontam para a necessidade de ajustes organizacionais que consolidem o novo modelo, como mostram outros estudos (Vianna et al., 2006; Souza et al., 2008; Conill, 2008).

É importante considerar que as barreiras na consolidação das políticas de atenção integral à saúde da criança parecem ser reforçadas pela existência de diferentes interesses na arena de negociações políticas, que podem motivar alguns entraves na tomada de decisões que fortaleçam a publicação e regulamentação de uma Política Nacional de Saúde da Criança. A ausência de um comando único que estabeleça as diversas portarias e normas norteadoras da saúde infantil, ora realizadas por diversas áreas ministeriais frequentemente sem a participação da área técnica de saúde da criança, as torna fragmentadas e dispersas contribuindo para a insuficiente implementação das várias iniciativas direcionadas à população infantil nos distintos níveis do sistema (Frias et al., 2009).

Financiamento do SUS: barreira à aplicação da política de atenção integral à saúde da criança

Apesar das escassas narrativas de poucos informantes, é mister destacar a importante interferência do processo de financiamento do SUS na implantação da política de atenção à saúde da criança, pela insuficiente implantação do Sistema e do seu modelo de atenção integral. A histórica instabilidade e incipiência do financiamento do SUS, que tem na regulamentação da EC 29 (Brasil, 2002c; Brasil, 2002d; Brasil, 2008a) sua grande expectativa de reviravolta, reflete-se nas várias barreiras ao acesso relacionadas com a disponibilidade de recursos para a implementação das ações e serviços

direcionados às crianças intervindo na qualidade da oferta. Esta problemática coincide com os resultados de outros estudos (Viana et al., 2006 e Rocha et al., 2008) acerca do desempenho do PSF nos grandes centros urbanos, expondo a fragilidade na disponibilidade de recursos financeiros para a atenção, mostrando que a despeito de todos os esforços o SUS continua subfinanciado.

Outro fator que emerge como barreira à aplicação das políticas de saúde infantil é a pouca clareza na alocação de recursos específicos para os programas de saúde da criança, uma vez que a AB está incluída no pacote de serviços do PAB fixo que abrange grande parte das ações do PAISC, atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializadas e realização/referência a exames básicos especializados (Brasil, 2001a); enquanto os recursos para o PSF/PACS são provenientes do PAB variável (Brasil 1996). A pulverização destes recursos destinados às ações infantis torna-os imperceptíveis para os distintos participantes institucionais que narraram desconhecer sua existência, o que para eles justifica a insuficiência de recursos para a atenção das crianças.

3 – Os fatores do acesso potencial relacionados à oferta das ações e serviços: poucas oportunidades e grandes barreiras à atenção integral

As narrativas de todos os atores desvelam dificuldades relativas à deficiência global de recursos e barreiras organizacionais para a concretização do acesso das crianças às ações e serviços nos diferentes níveis do sistema. Na AB destacam-se especialmente as barreiras na atenção às doenças agudas e no seguimento das crianças em todo seu percurso assistencial; em todos os níveis assistenciais destacam-se as barreiras nos resultados dos exames clínico-laboratoriais e no acesso às subespecialidades pediátricas de média e alta complexidade.

As oportunidades de acesso geográfico que embutem barreiras de acesso econômicas

As facilidades de acessibilidade geográfica a todos os níveis assistenciais, independentemente da pertença aos programas PSF/PACS narradas por todos os participantes, embutiram barreiras ao acesso a alguns serviços especializados e mesmo a exames básicos fora da microárea de residência distrital, nas citações de alguns entrevistados de todos os grupos. Esta situação é agravada pela insuficiente disponibilidade de vales-transporte ofertados para o deslocamento das crianças. Contrapondo-se à ausência de narrativas da maioria dos atores institucionais, algumas mães revelaram as importantes repercussões destas barreiras na limitação ao atendimento oportuno e no gasto em saúde da família.

Infraestrutura e recursos materiais insuficientes também revertidos em barreiras econômicas

Para quase todos os entrevistados a inadequação de infraestrutura e a escassez de insumos e de equipamentos nos serviços de AB prejudicam o desenvolvimento das ações promocionais e/ou preventivas, de diagnóstico e de tratamento. Os relatos da carência desses recursos parecem indicar que não foram implementados os padrões mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil 2007b) para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas, semelhante ao apontado em outros

estudos (Rocha et al., 2008; Tavares et al., 2009), com evidentes implicações no acesso das crianças às ações e serviços.

A oferta de medicação básica pelas unidades do SUS é narrada como muito oportuna pelos entrevistados, com predominância dos institucionais. Entretanto, as flutuações de disponibilidade prejudicam sua aquisição nas necessidades de tratamento de doenças agudas, pela indisponibilidade financeira das famílias para a compra dos medicamentos, como apontam outros estudos (Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008).

O agravante neste aspecto, é que a medicação não é adquirida se a criança recebe atenção nas emergências da Rede Conveniada ao SUS, local preponderante de atendimento às doenças agudas. O custo financeiro na compra de medicamentos constitui uma barreira de acesso econômico que faz parte do cotidiano das mães entrevistadas, as quais narraram com muita força este obstáculo ao acesso das crianças à atenção. Este achado coincide com o evidenciado por um estudo de avaliação de custo dos cuidados pré-natais, em que o gasto com medicamentos representou 11,13% de custos totais em saúde (Maeda e Secoli, 2008). Esta importante barreira na visão de quase todas as mães entrevistadas contrasta-se à de poucos atores institucionais, exemplificando as diferentes perspectivas dos atores sociais na dependência do papel que desempenham na rede de atenção.

Insuficiência de recursos humanos e desvirtuação de seu papel

A insuficiência de recursos humanos para a oferta, principalmente no PSF e no PACS foi considerada um dos maiores obstáculos para a concretização da atenção integral à saúde da criança na visão de todos os informantes. O dimensionamento inadequado do número de equipes de Saúde da Família para prestar assistência a toda população adscrita no cumprimento das demandas dos programas específicos contemplados na estratégia, perverte a primazia da promoção deste nível de atenção (Giovanella et al., 2002) em direção às demandas agudas urgentes, que também não são satisfeitas, como mostram vários estudos (Conill, 2002; Assis et al., 2003; Facchini et al., 2006; Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008, Conill, 2008).

Percebe-se que imbricado ao déficit de recursos humanos está, principalmente, o de médicos dentro das equipes do PSF, tendo por consequência o deslocamento do eixo da atenção curativa inapropriadamente para as enfermeiras, sendo a quase impossibilidade das crianças serem atendidas por médicos nas unidades de saúde uma das mais importantes críticas das mães ao Programa. A assistência às crianças doentes pelas enfermeiras nas unidades do PSF agrava a já deficiente execução das ações preventivas e desvia sua função primordial de exercê-las, além do acompanhamento e supervisão aos ACS. Esse último perde seu papel de visitador-educador na comunidade, também pelo déficit de agentes administrativos e passa a exercer atividades burocráticas de intermediação e agendamento de consultas e exames em detrimento das ações promocionais e preventivas.

A problemática faz-se sentir com mais intensidade no seguimento da criança incluída nos critérios de risco para adoecer e morrer, cuja atenção é de prioridade médica (Brasil, 2005e), passando a ser acompanhada apenas (e nem sempre) pelas enfermeiras, como revelado em vários estudos (Vianna et al., 2006; Facchine et al., 2006; Roncalli e Lima, 2006; Conill, 2008; Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008). Dessa maneira, o descumprimento de uma das atividades preventivas ao óbito infantil contidas no PAISC, é agravado pelo insuficiente número de profissionais médicos para a atenção no PSF que desencadeia a falha de atividades preventivas de toda a equipe, principalmente das enfermeiras, potencializando a ausência de seguimento do ACS no nível domiciliar.

Desempenho insatisfatório dos profissionais

Os discursos sobre o desempenho insatisfatório dos profissionais pelo descompromisso e má qualidade da atenção ofertada emergiram com muita força entre os participantes, indicando a pouca opção governamental na alocação adequada ao perfil consoante com o novo modelo de atenção. As narrativas sinalizam como possíveis fatores do descompromisso: falhas da educação superior na adequação curricular articulada ao novo modelo pautado na atenção integral; discordâncias dos profissionais ao mesmo e/ou deficiências no processo de educação permanente, com o conseqüente despreparo para o exercício das funções, em consonância com outros estudos (Facchine et al., 2006; Conill, 2008; Souza et al., 2008).

Por outro lado, nas narrativas dos entrevistados institucionais, com unanimidade entre os do PSF/PACS, a sobrecarga laboral dos profissionais do PSF associada às condições salariais e de trabalho insatisfatórias, induzem ao descompromisso, ao descumprimento da carga horária e à alta rotatividade dos integrantes das equipes, corroborando outros trabalhos (Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008; Conill, 2008; Tavares et al., 2009). Esta situação acarreta adaptações permanentes pela permuta de equipes, contratações e realização de novos Cursos Introdutórios com as consequentes lacunas na assistência e a não efetivação do *vínculo* entre profissional e usuário nas unidades do PSF.

É importante que se recupere a preocupante ausência de narrativas favoráveis sobre o desempenho dos ACS pelos profissionais do PSF/PACS e pela maioria das mães uma vez que eles representam o elo entre programas e população sendo os principais agentes de ações educativas direcionadas às crianças nas comunidades, como encontrado em outros estudos (Lopes et al., 2002; Samico, 2003). O achado reflete outra importante falha da atuação destes Programas, não obstante, é interessante observar que a falha no repasse de ações promocionais e preventivas não pareceu uma prerrogativa única dos ACS, mas também dos médicos e enfermeiras componentes das equipes do PSF. Como estes profissionais foram graduados nos cursos tradicionais, cujos conteúdos programáticos repassavam (e ainda persistem) o conceito de atenção à saúde centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e compartimentalizado, é quase inevitável que suas práticas sejam discordantes da proposta de atenção integral à saúde ora vigente, como comentam outros autores (Falbo et al., 2006; Frias et al., 2008).

Saliente-se que a realização de treinamentos periódicos (Brasil, 2007b) e do fornecimento de material educativo, ainda que insuficiente, aparentam ser inócuos e as práticas de atenção fragmentada se perpetuam pela difícil mudança de uma cultura assistencial prévia através destas ações dirigidas aos profissionais, conforme destacam outros estudos (Deslandes, 2004; Mattos, 2004; Nations e Gomes, 2007). A este respeito, serão necessários esforços mais aprofundados e transdisciplinares para uma mudança de perspectiva no campo profissional que contemple e/ou incorpore os aspectos facilitadores e paulatinamente exclua os obstáculos inerentes a quaisquer processos de mudança paradigmática, sem levar em conta os insuficientes recursos. Por outro lado, não se pode perder de vista as condições de trabalho nas áreas de miséria e

violência dos grandes centros urbanos além do desprestígio profissional entre os componentes das equipes do PSF, cuja solução necessita de parcerias do Setor Saúde com as demais políticas públicas sociais.

Dificuldades no trabalho em equipe

Nos discursos dos profissionais do PSF revelaram-se obstáculos importantes para a efetivação do trabalho solidário e compartilhado nas distintas equipes, como preconizado no modelo de atenção do SUS e nas políticas de atenção integral à saúde da criança (Brasil, 1988; Brasil, 2005e), ocasionando barreiras na oferta de ações e serviços. Estes achados trazem à tona a existência de conflitos neste processo oriundos tanto da insuficiência de recursos humanos, de dificuldades comunicacionais entre os integrantes das equipes do PSF e/ou por prováveis questões corporativas. Nesse último aspecto, encontra-se de um lado a resistência da classe médica à mudança do comando hierárquico entre as categorias profissionais existente no antigo modelo de atenção e do outro, a valorização do enfermeiro, que passa a ocupar uma posição horizontal, em igualdade com o médico nas equipes multiprofissionais, como observado em outros trabalhos (Del Ciampo et al., 2006; Araújo, 2005). Os conflitos revelados entre os componentes das equipes do PSF constituem-se numa importante barreira ao acesso das crianças à adequada atenção, e foram especialmente implicados no estudo de caso de óbito infantil que será discutido posteriormente.

Organização dos serviços: algumas oportunidades e novas barreiras ao acesso

-Dificuldades no procedimento de marcação como barreiras ao acesso

Os procedimentos para a obtenção de atenção preventiva que é ofertada por enfermeiras, com o agendamento realizado pelo ACS através das visitas domiciliares foram percebidos favoravelmente por praticamente todos os informantes, como revelado em outros estudos (Facchini et al., 2006; Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008). Entretanto, o agendamento das consultas curativas, dos exames clínico-radiológicos e a marcação na Central de Regulação Municipal pelos ACS, tidos como uma grande oportunidade ao acesso das crianças no nível básico de atenção mostrou dificuldades dependentes da adscrição ou não aos programas PSF e PACS e até mesmo ao tipo do programa. Algumas mães perceberam obstáculos no agendamento das consultas curativas nas USF, pela estipulação de duas marcações por ACS por dia, que determina

filas de espera nas unidades, comuns nos serviços tradicionais, semelhantes aos resultados de outros estudos (Souza et al., 2008; Facchini et al., 2006; Conill, 2008). Em adição, outra barreira de acesso especialmente revelada pelas mães foi a pouca disponibilidade de horários de atenção e o seu descumprimento, tanto nas unidades do PSF quanto na rede tradicional de assistência.

O contraponto entre a facilidade nos procedimentos para o agendamento e realização de exames clínico-radiológicos de baixa complexidade e a morosidade na entrega dos resultados percebida por todos os entrevistados é mais um obstáculo ao acesso à atenção das crianças. A ineficaz organização nos serviços de apoio complementar da rede própria e conveniada ao SUS e a obrigatoriedade de remarcação de consulta para a interpretação médica nas unidades mostra falhas de gestão/administração desses serviços, com os retardo nos diagnósticos, sendo mais um empecilho na resolubilidade que não se restringe apenas à AB.

-Barreiras na realização de consultas nas doenças agudas

A dificuldade de obtenção de consultas médicas para doenças agudas nas unidades do PSF e nas Policlínicas relatada com muita força por todas as mães, em conflito com a maioria dos profissionais, é mais um grande obstáculo organizativo que contribui para a pouca resolubilidade da AB. Essa grande barreira ao acesso realizado determina o deslocamento das crianças às emergências pediátricas de média e alta complexidade, sobrecarregando-as, situação que ocorre também quando a doença necessita de confirmação laboratorial para o seu diagnóstico. Esses achados como conferido em outras pesquisas (Lopes et al., 2004; Kovacks et al., 2005; Souza et al., 2008), pioram a oferta da atenção curativa trazendo à tona o baixo desempenho organizacional do sistema de saúde (Bittencourt e Hortale, 2009).

-As distintas percepções sobre a utilização das emergências

A percepção dos atores sociais sobre a utilização materna dos serviços de emergência para o atendimento de doenças comuns, é distinta a depender do grupo de participantes:

-Para a maioria dos gestores e profissionais das Policlínicas e UBT a procura pelas emergências é devida à barreira na obtenção de atenção a doenças agudas no nível básico, em consonância com as mães, revelando mais uma vez a pouca resolubilidade deste nível de atenção, em contraposição com as diretrizes governamentais (Brasil, 2005e) e do próprio fundamento do PSF.

-Entretanto, quase todos os profissionais do PSF e PACS, percebem que as mães procuram as emergências não apenas pelo rechaço ao atendimento de doenças agudas, mas pela cultura do pronto-atendimento por atenção curativa arraigada nas práticas de utilização dos serviços pela população, em detrimento da atenção preventiva (Souza et al., 2008). A interpretação desses profissionais pode estar evidenciando a grande legitimidade dos serviços de urgência, geralmente de média/alta complexidade com densidades tecnológicas suficientes para a pronta resolução da maioria dos problemas de saúde apresentados pelas crianças, como relatado em outros estudos (Lopes et al., 2004; Kovacks et al., 2005; Viana et al., 2006; Souza et al., 2008). No entanto, refletem a contradição nos relatos desses informantes da sobrecarga laboral das ESF como barreiras à atenção das crianças.

-É importante que não seja olvidada a visão das mães, que são as intérpretes das crianças no acesso realizado. A procura por atenção básica ou a “automedicação” dos filhos é realizada apenas quando acreditam que a doença é de fácil controle, sendo a procura direta aos serviços de urgência realizada quando foge ao seu conhecimento ou no caso de piora dos sintomas, achados coincidentes com os de outros estudos de abordagem semelhante (Nations e Rebhun, 1988; Nations, 2008; Hadad et al., 2002). As mães argumentam que procuram diretamente as emergências para pular etapas, percebendo claramente a pouca resolubilidade da AB, onde as crianças que apresentem doenças agudas são encaminhadas a outros níveis assistenciais, retardando ainda mais o seu atendimento. Desse modo, a escolha do local de tratamento para a criança obedece à lógica das experiências vividas pelas mães nos serviços de saúde utilizados na busca por atenção oportuna (Hadad et al., 2002).

Percebe-se através de várias perspectivas a fragilidade da estruturação da rede de atenção integral à saúde à criança, que apresenta lacunas importantes de resolubilidade,

carecendo de uma retaguarda de atendimento as doenças infantis agudas, incluindo assistência médica e laboratorial, além de maior disponibilidade de horários de atenção. Em adição, a não responsabilização pelo paciente por parte das equipes do PSF, emergida no discurso de vários informantes em todos os grupos, impede a garantia da continuidade do acesso e, por conseguinte, o vínculo e a legitimidade da atenção básica. Haja vista que o acompanhamento da criança ao longo de toda sua trajetória assistencial pela AB até a completa resolução do problema é um dos pressupostos da Agenda de Compromissos (Brasil, 2005c), o achado revela um grande obstáculo na porta de entrada ao sistema. Indica uma interrupção na constituição da rede articulada de atenção à saúde, inviabilizando a longitudinalidade no nível básico e o alcance da atenção integral à saúde infantil (Starfield, 2004; Conill, 2008; Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008).

Acesso ao contínuo assistencial: grandes obstáculos à atenção integral

Os maiores obstáculos à atenção integral independentemente da pertença das crianças aos programas PSF e PACS se revelaram no acesso e utilização de subespecialidades pediátricas e serviços de média e alta complexidade, por barreiras de disponibilidade e organizacionais, como encontrado por vários autores (Conill, 2002; Conill, 2008; Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008; Giovanella et al., 2009; Tavares et al., 2009).

No entanto, também foram reveladas barreiras para a marcação de consultas de pediatria das crianças não adscritas ao PSF, que é realizada nas Policlínicas pelas mães, com a existência de filas. Tal situação é piorada pela já comentada concentração de pediatras em um único turno e ausência de pronto-atendimento das demandas agudas das crianças nas Policlínicas, desvirtuando o desenho da rede e contribuindo para a pouca resolutividade da retaguarda, como mostram outros estudos (Souza et al., 2008; Conill, 2008; Tavares et al., 2009). Nestes serviços também se observou o privilégio no agendamento feito pelo ACS das crianças cobertas pelo PSF em detrimento às do PACS, constituindo-se em flagrante desacordo ao princípio constitucional do SUS na prestação da atenção universal com equidade no acesso (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

A escassez de subespecialistas pediátricos e de exames de média/alta densidade tecnológica na rede de média e alta complexidade, o deficiente sistema de referência e contra-referência narrado por todos os atores sociais, determinam com raras exceções, que as crianças enfrentem um longo período de tempo para a obtenção de consultas e exames especializados, dificuldades evidenciadas em outros estudos (Conill, 2002; Szwarcwald et al., 2006; Souza et al., 2008).

As mães também consideraram o mau atendimento nos serviços de emergência pela não realização de triagem com classificação de risco que privilegie a atenção imediata dos casos graves, como um grande obstáculo à atenção.

Não se pode perder de vista que as barreiras de disponibilidade e organizacionais de acesso à atenção de média/alta densidade tecnológica são potencializadas pelo frágil processo de descentralização e municipalização da Rede de Atenção à Saúde no Recife. Como o ente estadual permanece detentor de 70% e 100% da Rede Assistencial de Média e Alta Complexidade, respectivamente, em descumprimento dos acordos já assegurados pelas Normas Operacionais (Brasil 2001; Brasil, 2002), configura-se um duplo comando com baixa governabilidade municipal, ocasionando fragilidades e entraves burocráticos na articulação entre os serviços, potencializando os obstáculos aos processos de referência e contra-referência.

4 – Os fatores do acesso potencial relacionados às mães e ao contexto social: barreiras ao acesso

Segundo Andersen e Newman (1973), as características dos usuários incluem os distintos tipos de determinantes da utilização dos serviços, ou seja, os fatores predisponentes como as crenças e atitudes maternas frente ao uso dos serviços, sua informação sobre os mesmos, as características sócio-demográficas familiares; os fatores capacitantes, que correspondem à renda familiar, à residência, assim como às redes de apoio social na comunidade e as necessidades de atenção em saúde das crianças, as percebidas pelas mães e as avaliadas pelos profissionais.

O pouco conhecimento das mães sobre o funcionamento do SUS e os direitos das crianças como barreira ao acesso

As mães narraram com muita força seu desconhecimento sobre o funcionamento dos serviços de atenção às crianças e do próprio SUS, atribuído por elas à falta de divulgação nas instituições, que não disponibilizam material informativo e pela ausência de informação dos profissionais, particularmente na falha de comunicação dos ACS. A percepção das mães é coerente com a de raros atores institucionais, que imputam a pouca informação materna ao insuficiente repasse das políticas de saúde infantil dos gestores aos profissionais e destes às mães, com implicações no conhecimento do direito constitucional das crianças ao acesso universal e prioritário à atenção à saúde (Brasil, 1988; Brasil, 2005d).

A limitação no conhecimento acerca do funcionamento dos serviços de saúde pela população funcionando como barreira ao acesso e utilização também é evidenciado em outros países em desenvolvimento como a Colômbia (Mogollón, 2004; Vargas, 2009) ou em menos desenvolvidos como áreas rurais da África (Leonard, 2003) e podem ser relacionados a outros obstáculos do sistema de saúde, como a inacessibilidade geográfica, a oferta insuficiente de ações e serviços e a baixa capacidade resolutiva (Ensor e Cooper, 2008), sendo as duas últimas barreiras especialmente reveladas no presente estudo.

É importante considerar que ainda que a informação em saúde seja uma das ferramentas de ampliação do conhecimento dos usuários sobre as ações e serviços oferecidos, agilizando e otimizando a adequação da demanda (Pellegrini Filho, 2002), poucos informantes institucionais perceberam o desconhecimento materno como um obstáculo ao acesso das crianças e a maioria não o relacionou à falha na divulgação das informações. A maior parte destes participantes associa o desconhecimento dos direitos das crianças, ou mesmo o baixo poder de reivindicação dos mesmos, à baixa escolaridade materna, também atribuída à incompreensão das informações sobre a saúde infantil.

Os achados sinalizam para a pouca importância conferida ao direito da população à informação em saúde, um dos princípios que norteiam o SUS (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b), reforçando as barreiras ao acesso oportuno das crianças. Além disso, novamente manifesta-se não apenas as diferentes percepções dos grupos de atores a depender do papel que desempenham da rede de atenção, como também a possibilidade de se perpetuar o uso inadequado dos níveis assistenciais em sinergia com a pouca resolubilidade da AB. Entretanto, alguns atores institucionais percebem que as mães que residem em áreas não cobertas pelo PSF, geralmente de melhores estratos sociais, assimilam melhor as informações sobre os direitos das crianças e sobre a utilização dos serviços, desvelando a conhecida heterogeneidade no acesso à atenção dependente das diferentes condições de vida dentro de um mesmo território (Guimarães, 2003).

Situação de exclusão social: barreira econômica

A situação de exclusão social da maioria das famílias residentes no território do DS I, principalmente nas áreas de adscrição do PSF e PACS, emergiu como importante barreira ao acesso das crianças à atenção nos discursos de todos os atores, independentemente do grupo de pertença, como encontrado em estudos de países em desenvolvimento (Guimarães et al., 2003; Lopes et al., 2004; Mogollón, 2004; Travassos et al., 2006; Vargas, 2009) ou nas áreas pobres dos países desenvolvidos (Andersen et al., 1986; Black et al., 2003). A problemática destaca-se especialmente em se tratando da implantação destes programas em um grande centro urbano, como é o caso do Recife, com todos os entraves decorrentes da superpopulação, do crescente

processo de favelização, das profundas diferenças sociais e da grande violência urbana, como apontam outros trabalhos (Viana et al., 2006; Conill, 2008; Rocha et al., 2008; Souza et al., 2008).

A influência da indisponibilidade financeira para aceder aos serviços mais distantes foi narrada minimamente por todos os atores sociais, refletindo a já comentada adequada acessibilidade geográfica às ações e serviços no Recife, como em outras metrópoles brasileiras (Facchini et al., 2006; Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008). Entretanto, a ênfase na indisponibilidade econômica para a compra de medicamentos foi uma percepção preponderante das mães, constituindo-se em um importante obstáculo à atenção integral, não apenas pelo ônus (Maeda e Secoli, 2008), mas pela possibilidade da não utilização do medicamento pelas crianças, contribuindo para o agravamento das doenças (Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008).

Os obstáculos da exclusão social são ampliados pelo uso e tráfico de drogas agregado à violência urbana tão amplamente relatada por todos os informantes, sendo interdependentes e perpetuando-se na fraca rede de apoio social, praticamente inexistente nas comunidades, contribuindo para a dificuldade no acesso das crianças e dos profissionais às ações e serviços.

Percepção da gravidade da doença da criança e procura por assistência

Para a maioria dos informantes institucionais uma grande parte das mães tem uma adequada percepção sobre o nível de gravidade do problema de saúde dos filhos com a correspondente procura pelos serviços de saúde, não se constituindo, portanto, em barreira ao acesso. Todavia, alguns participantes narraram que as mães residentes das favelas têm uma percepção menos adequada do que as de melhor condição socioeconômica, retardando a procura pelos serviços, podendo contribuir para o agravamento das doenças. Em contraposição, nos discursos das mães foi desmistificada sua pretensa negligência no retardo à procura pelo serviço, pondo em evidência a já comentada pouca resolubilidade da AB nos agravos urgentes como determinante da procura tardia pelas emergências, especialmente no agravamento das doenças.

Fragilidade da atuação intersetorial

Merece reflexão o contraponto entre a percepção de todos os informantes das grandes dificuldades da obtenção de ações e serviços pelas crianças em condições adversas de vida, com as poucas narrativas enfatizando a importância da intersetorialidade no trabalho em saúde. Sendo diretriz inserida nas linhas estratégicas da Agenda de Compromissos (Brasil, 2005e), reafirmada na Política Nacional de Atenção Básica como uma das atribuições do trabalho no PSF (Brasil, 2007b), os resultados apontam a incipiente atuação intersetorial, desvelando mais uma das muitas fragilidades governamentais na implantação do SUS.

No entanto, considerando-se a saúde como inseparável do desenvolvimento socioeconômico, ainda que as ações intersetoriais extrapolem o nível de competência do setor saúde, são condicionadas à ação articuladora do Governo com as demais políticas públicas sociais, cuja forma de atuação marcada pela fragmentação, revela sua insuficiência e o caráter essencialmente político do processo de tomada de decisões (Pellegrini Filho, 2000). É importante, porém, destacar que os resultados apontam para além da fragilidade governamental na garantia da atuação intersetorial, indicando a pouca incorporação dos atores institucionais, particularmente dos profissionais do PSF/PACS, do seu papel de mediadores de ações comunitárias no território, instrumento imprescindível à promoção da saúde infantil, tornando os resultados em saúde mais efetivos.

O pouco destaque conferido às ações intersetoriais e o repasse de sua atuação, se reflete nas poucas narrativas maternas sobre a necessidade de uma melhor intervenção governamental nas condições de adversidade social que perpassam a situação de saúde, como descrito em outro estudo (Giovanella et al., 2009). Implicam também na importância de mobilização e participação social, particularmente daqueles excluídos da tomada de decisões, proporcionando-lhes acesso equitativo às informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses (Pellegrini Filho, 2002).

5 – Óbitos infantis evitáveis: as barreiras ao acesso efetivo

Os atores sociais identificaram diversas barreiras ao acesso à atenção com influências sobre a persistência dos óbitos infantis evitáveis. As percepções relacionaram as mortes a fatores no âmbito das políticas de saúde, da oferta de ações e serviços e especialmente às mães e seu contexto social.

A relação entre as barreiras ao acesso relativas às políticas de saúde e o óbito infantil evitável

No campo das políticas de saúde apenas alguns atores institucionais associaram as mortes infantis evitáveis à falta de articulação gerencial no planejamento e execução das ações de prevenção ao óbito, com algumas opiniões sobre seu caráter essencialmente teórico, dissociado das práticas dos serviços ou à inexistência de um programa específico para a saúde da criança no município. Por outro lado, as oportunidades das políticas do SUS na redução da mortalidade infantil foram enfatizadas por vários destes participantes, enquanto as mães não opinaram, mostrando seu desconhecimento.

A ênfase dos atores institucionais na importância do Programa Nacional de Imunização (PNI) e no êxito do PSF na diminuição da mortalidade infantil pelo melhor cumprimento das ações preconizadas pelas políticas de atenção à saúde da criança, com destaque ao PAISC, reitera o comentado reducionismo no conhecimento destas políticas, baseadas nas ações integrais, com o enaltecimento das ações ofertadas apenas pelo Programa. Contudo, é importante considerar que mesmo diante da indiscutível otimização das ações previstas no PAISC após a implantação dos programas PACS e PSF, principalmente este último, apontada em alguns trabalhos (Roncalli e Lima, 2006; Conill, 2002; Facchini et al., 2006), os seus efeitos na redução da mortalidade infantil evitável apresentam-se controversos.

Demonstrada por alguns autores como determinante no declínio dos óbitos infantis (Macinko et al, 2006; Macinko et al, 2007), para outros (Roncalli e Lima, 2006; Conill, 2008) a atuação do PSF associa-se a outras intervenções governamentais que melhoraram o poder aquisitivo da população, como programas de transferência de renda, a exemplo do Programa de Bolsa Família (Brasil, 2005g). O que parece incontestável neste aspecto é o efeito do PNI na redução dos óbitos infantis evitáveis

por doenças imunopreveníveis em todo o Brasil, demonstrada em vários estudos (Macinko et al, 2007; Roncalli e Lima, 2006; Facchini et al., 2006).

É interessante que a despeito da maioria dos atores institucionais relacionarem a atuação do PSF à diminuição dos óbitos, o estudo de caso de óbito infantil evitável revelou a contradição dos discursos. Apesar da família ser contemplada pelo Programa Bolsa Família (Brasil, 2005g), cadastrada pelos ACS, a criança de risco para o óbito não foi incluída no Programa Governamental de Redução da Mortalidade Infantil - Vigilância à Criança de Risco (Brasil, 2004b; Brasil, 2005e), revelando as falhas na implantação das políticas de atenção à criança. O óbito por causa evitável em área de abrangência do PSF, em criança não adequadamente acompanhada no curto período de pouco mais de dois meses de vida, emergiu como o desfecho de uma falha primordial do programa governamental de redução da mortalidade infantil, “prioridade de gestão” (Recife, 2005), que provavelmente desencadeou as demais barreiras envolvidas.

A relação entre as barreiras ao acesso relativas à disponibilidade, organização e qualidade da oferta das ações e serviços e o óbito infantil evitável

Todos os atores entrevistados narraram aspectos organizativos/estruturais e de qualidade técnica como causas contributivas para o óbito infantil. Merece reflexão, porém, a divergência de percepção entre os participantes do grupo dos gestores e Policlínicas por um lado e os dos PSF/PACS por outro. Enquanto os primeiros imputaram as falhas de acesso ao contínuo assistencial nos diferentes níveis de complexidade como fatores determinantes da persistência dos óbitos, como o descompromisso dos profissionais de saúde, com ênfase à falta de perfil para atuação no PSF, alguns informantes destes Programas a atribuem aos problemas na atenção de média e alta complexidade. Entretanto, o estudo de caso de óbito trouxe à tona que as barreiras de acesso de maior peso relacionadas ao desfecho da morte encontraram-se especialmente na AB ofertada pelo PSF, apesar de se revelarem obstáculos ao longo de todo o contínuo assistencial. Este achado parece indicar uma atitude de negação dos profissionais do PSF/PACS diante da persistência, ainda que bastante reduzida, das mortes que poderiam ser evitadas nas áreas adscritas, como se discute a seguir:

-Barreiras pela baixa qualidade técnica: a) apesar da falha de coordenação assistencial, que revela barreiras de qualidade técnica pela ausência de contra-referência da criança por parte do hospital infantil de média complexidade em que foi atendida mediante referência médica realizada na unidade do PSF, este obstáculo não pareceu contributivo para o desfecho do óbito e sim a falta de responsabilização pela paciente por toda a equipe do PSF, desvelada como a barreira mais associada. A baixa qualidade da atenção foi exemplificada pelo diagnóstico inadequado da médica do PSF de “Erro Alimentar” (quando a criança era alimentada exclusivamente ao seio) e pelo desconhecimento sobre seu percurso assistencial após o encaminhamento para hospitalização, evidenciando a ausência de seguimento da paciente por toda a equipe do PSF; b) durante a doença que levou ao óbito revelou-se a baixa qualidade técnica na ausência de ações educativas relacionadas à postura ao dormir e aos cuidados em evitar fumaça intradomiciliar. Apesar da criança ter vivido em condições insalubres compartilhando um cômodo e uma cama com outras seis pessoas, que se constitui em importante barreira econômica, as ações preventivas poderiam ter contribuído para evitar a morte por asfixia devida a aspiração de leite.

-Barreira pelo horário de atenção: o rechaço da atenção na USF no dia anterior ao óbito, quando a criança apresentava doença febril aguda e não obteve consulta de encaixe e a não orientação por parte da equipe para que a mãe procurasse ajuda médica imediata, pode ter concorrido para o aumento do desconforto respiratório, que culminou com a asfixia e morte.

Merece ser considerado que apesar da maioria das mães perceberem a insuficiente oferta de medicamentos como uma das principais barreiras ao acesso das crianças com repercussões importantes no gasto familiar, poucas a associou às mortes infantis, por sua indisponibilidade econômica para a compra e nenhuma à acessibilidade geográfica. Os resultados reiteram que a barreira econômica vincula-se mais a pouca disponibilidade de medicamentos ofertados, corroborando com estudos nacionais (Facchini et al., 2006; Souza et al., 2008; Rocha et al., 2008), que à inacessibilidade geográfica encontrada em outros países (Mogollón, 2004; Vargas, 2009; Restrepo et al., 2007).

A relação entre as barreiras ao acesso relativas ao contexto social e às mães e o óbito infantil evitável: pobreza e negligência

A associação da persistência dos óbitos infantis evitáveis às características do contexto de exclusão social foi unânime entre todos os atores sociais entrevistados. Os participantes institucionais ressaltam o determinismo socioeconômico, como a baixa escolaridade, a miséria e o uso de drogas pelas mães, que contribui para a pouca percepção da gravidade do quadro clínico apresentado pela criança e para a negligência materna, com o retardo na procura apropriada pelos serviços de saúde, como já comentado anteriormente. No discurso de todos os gestores e da maioria dos profissionais do PSF/PACS a situação de exclusão social é agravada pela falta de articulação intersetorial no município como um todo, constituindo-se em uma grande barreira ao enfrentamento da mortalidade infantil. Essas percepções coincidem com os estudos de vários autores que associam as condições adversas de vida ao inadequado acesso às ações oportunas dos serviços de saúde (Hartz et al., 1996; Formigli et al., 1996; Caldeira et al., 2001; Guimarães et al., 2003; Vidal et al., 2003; Almeida e Barros, 2004; Jobim e Aertes, 2008).

Imbricada ao déficit educacional, miséria, uso de drogas e violência urbana, a culpabilização das mães pela morte por negligência para com os filhos esteve presente nos discursos dos informantes de todos os grupos, porém com maior intensidade entre o grupo de mães e dos profissionais do PSF/PACS. Esses relatos parecem mais uma vez refletir que alguns profissionais destes programas destacam as questões populacionais do contexto social e minimizam os fatores relacionados à iniquidade de acesso às ações e serviços por parte dos grupos sociais de maior vulnerabilidade na determinação dos óbitos, como foi exemplificado no estudo de caso de óbito. Apesar dos atores envolvidos com o óbito o terem imputado à precariedade das condições socioeconômicas e uso de drogas pela mãe, há uma contradição em seus discursos. A médica atribuiu a morte à falta de seguimento da ACS e a enfermeira, ao descompromisso da médica, revelando a ausência do trabalho em equipe neste PSF e pondo em relevo a preponderância dos fatores da disponibilidade e qualidade da oferta sobre os determinantes sociais na contribuição do óbito infantil evitável. Evidentemente os fatores do contexto social tiveram o seu peso na cadeia de eventos que determinaram a morte infantil pós-neonatal, entretanto, seu impacto poderia ser minimizado com a atuação eficiente da atenção básica (Starfield, 2002).

Saliente-se que apesar do grupo das mães relacionar as mortes à negligência materna, havendo escassas narrativas associando-as diretamente ao retardo na assistência, ao mau atendimento médico ou às condições de pobreza, deixa-se perceber em alguns relatos que a participação materna é involuntária, associada às condições de exclusão social incluindo-se a procura tardia pelo serviço de saúde.

Os achados são condizentes com os Scheper-Hughes (1992), em que as mães das crianças que foram a óbito não ressaltaram o papel dos serviços de saúde e distinguiram a morte por maus tratos, quando o descuido materno é consciente, daquela por negligência, quando não foi intencional. Entretanto, para Nations (2008), foram destacados pelas mães os cuidados desumanizados do profissional de saúde e nenhuma acusou o descuido, desapego ou negligência como causa do óbito, concluindo ser a determinação social da doença, incluindo os obstáculos ao acesso aos serviços, assim como Hadad et al. (2002) e Goulart et al. (2005) os fatores mais importantes para as mortes.

Destaque-se a aparente contradição nas interpretações de culpabilização materna feitas pelo grupo de mães desveladas no estudo de caso de óbito, divergentes do achado de Nations (2008). A diferença apresentada ocorreu provavelmente pela impessoalidade da pergunta norteadora feita às mães, que se referia aos óbitos de filhos de mulheres desconhecidas, contribuindo na elaboração de culpabilização dos seus discursos. No entanto, podem apontar para uma atitude de resignação materna ante a miséria do seu contexto social, assim como o seu frágil conhecimento sobre os determinantes sociais dos óbitos infantis ligados à exclusão, onde se incluem as barreiras ao acesso oportuno à atenção à saúde (Hartz et al., 1996; Frias, 2001; Pinheiro et al., 2002; Guimarães et al., 2003; Vidal et al., 2003; Lopes et al., 2004; Goldbaum et al., 2005; Jobim e Aertes, 2008).

Por outro lado, apesar da fraca rede de apoio social ter sido percebida por todos os informantes neste trabalho como uma das grandes dificuldades ao acesso das crianças aos serviços, apenas as mães recuperam esta fragilidade no determinismo do óbito infantil, pelo desamparo em que se encontram para manejar a doença e procurar por atenção. Dessa maneira, é pertinente citar o trabalho teórico de Oliveira e Minayo (2001), segundo o qual a ausência de rede social de apoio em ambientes familiares de

extrema vulnerabilidade priva ainda mais as crianças de proteção, sendo mais um fator contributivo para o óbito infantil por causas evitáveis.

Por fim, ainda que poucos informantes no estudo destacassem o insuficiente mecanismo de articulação intersetorial no enfrentamento das condições precárias de vida, incluindo a violência e as drogas, para alguns esta preocupação esteve presente como mais um desafio governamental do Setor Saúde, com profundas repercussões no acesso das crianças às ações e serviços e na evitabilidade dos óbitos infantis. Dessa forma, as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, devem contemplar os fatores proximais, vinculados aos comportamentos individuais, os intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho e os distais, referentes à macro-estrutura econômica, social e cultural, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública (Dahlgren e Whitehead, 1991; Pellegrini Filho, 2002).

Conclusões

Apesar do compromisso das diretrizes governamentais em garantir o acesso das crianças à atenção integral, o estudo revelou várias barreiras para sua consecução ao longo de todo o contínuo assistencial no território do DS I na cidade do Recife. As barreiras se agrupam em três importantes grupos relacionados à implantação/implementação do SUS, aos fatores estruturais e organizacionais da oferta e às características do contexto social das crianças. As barreiras se retroalimentam potencializando os obstáculos ao acesso apontado para a insuficiente implantação do SUS, com importantes repercussões na prevenção da mortalidade infantil evitável.

Observou-se um conceito limitado de quase todos os participantes com respeito à adequada atenção à saúde infantil, que reflete, por conseguinte, a escassez e fragmentação do conhecimento da política de atenção integral à saúde da criança. Ademais, a configuração de uma rede hierarquizada e articulada por níveis de complexidade crescentes é praticamente omitida, restringindo a assistência à criança ao nível básico de atenção, refletindo as barreiras ao acesso à atenção integral.

O destaque à atuação do PSF como principal porta de entrada das crianças às ações e serviços entre os atores sociais institucionais indica a incorporação do discurso oficial da estratégia como eixo estruturante da atenção básica infantil. Por outro lado, a excessiva ênfase ao aspecto preventivista do Programa em detrimento das ações curativas, além de indicar uma visão reducionista, situa esses discursos em contraposição aos das mães, que privilegiam uma atenção resolutiva que satisfaça as necessidades de assistência das crianças.

Por sua vez, as mães percebem a inadequação do novo modelo de atenção à saúde infantil realizado no PSF, com a assistência curativa restrita e ofertada por médicos generalistas e/ou enfermeiras. Este último aspecto da oferta, corroborado nos discursos de alguns profissionais especialmente os médicos, incluindo alguns dos próprios programas PSF/PACS, parece refletir questões de caráter ideológico das relações

corporativas e de poder da classe médica. No entanto, os dados apontam para a necessidade de ajustes na oferta da atenção básica infantil às necessidades reais da população que consolidem e legitimem o novo paradigma de atenção.

As poucas narrativas dos atores institucionais sobre o acesso à atenção mediado pelo acolhimento com relações humanizadas entre provedor e usuário como constitutivos de uma atenção adequada e a absoluta unanimidade nos relatos das mães, evidencia o conflito de percepções entre os grupos. Ao mesmo tempo, parece indicar a não incorporação destes princípios norteadores da atenção integral à saúde da criança e diretrizes operacionais do SUS ou da relevância dos mesmos na oferta de atenção integral à saúde infantil.

O estudo mostrou que as barreiras ao acesso das crianças às ações e serviços no DS I refletem condições de iniquidade na atenção em saúde, uma vez que os fatores capacitantes, suscetíveis a modificações mediante políticas públicas, diretamente ligados à oferta de ações e serviços de saúde nas comunidades, foram os mais importantes obstáculos à utilização dos serviços pelas crianças (Andersen, 1995). Tais fatores foram representados por um lado, pela pouca disponibilidade de recursos para a oferta e frágil organização da AB agravada pelo fraco desempenho da retaguarda de média complexidade e por outro, pela fraca rede de apoio social e precariedade das condições socioeconômicas familiares, perpetuando as barreiras na acessibilidade econômica.

As oportunidades ao acesso na visão dos participantes são representadas pela acessibilidade geográfica aos serviços e pela disponibilidade de medicação básica, salientando-se que as mães percebem a descontinuidade de oferta de medicamentos como uma importante barreira, com repercussões à acessibilidade econômica.

Entre os fatores relacionados à oferta das ações e serviços as principais barreiras para o acesso das crianças na opinião de todos os participantes são a escassez global de recursos para a atenção, com destaque para os humanos, especialmente para os médicos componentes das equipes do PSF. A barreira ao atendimento médico na porta de entrada ao sistema, especialmente nas demandas agudas, é percebida com muita força pelas

mães como uma das mais importantes críticas ao Programa, que é reforçada pela ausência de uma retaguarda eficiente de atenção pediátrica nas Policlínicas. A pouca disponibilidade de médicos no PSF determina por um lado o deslocamento da assistência curativa inapropriadamente para as enfermeiras, dificultando a realização de atividades preventivas e de supervisão ao ACS no nível domiciliar, com repercussões importantes no seguimento das crianças incluídas nos critérios de risco para o óbito infantil. Por outro lado, a pouca resolubilidade do nível básico ocasiona a procura por assistência médica nas emergências pediátricas hospitalares, que passam a funcionar como porta de entrada ao sistema, descaracterizando-as e superlotando-as. A superlotação para muitos participantes, especialmente as mães, resulta nos retardos das consultas, falhas no diagnóstico e tratamento precoces, potencializando o agravamento da doença, hospitalização ou até morte da criança.

As barreiras organizacionais são reveladas nos procedimentos para o acesso das crianças às ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS no DS I, que são desiguais, especialmente por fatores relacionados à pertença das crianças ao PSF e PACS, principalmente ao primeiro, onde existem facilidades no agendamento de consultas e exames mediados pelo ACS na AB e parte da média complexidade. Entretanto, algumas mães percebem barreiras mesmo no nível básico, pela limitação do agendamento por ACS.

Além disso, a despeito da facilidade na marcação e realização dos exames laboratoriais e radiológicos, a dificuldade na obtenção dos resultados e na interpretação dos mesmos anula esta pretensa oportunidade. Igualmente, existem grandes barreiras de disponibilidade e organizacionais relacionadas à continuidade assistencial, seja de acesso à atenção de subespecialidades pediátricas e dos serviços de média/alta complexidade ou no seguimento da criança no retorno. Essa última barreira mostrou-se como um dos principais obstáculos ao acesso e/ou utilização das ações e serviços e na contribuição para a persistência da mortalidade infantil evitável, como desvelou o estudo de caso de óbito pós-neonatal evitável em área coberta pelo PSF.

A ausência de seguimento da criança de risco pela sua grande vulnerabilidade social por toda a equipe do PSF, ação de maior destaque na redução da mortalidade infantil no

discurso governamental, foi potencializada por outras barreiras organizacionais e de qualidade da atenção prestada: falta de assistência à doença aguda que antecedeu ao óbito e de orientação e/ou encaminhamento para sua obtenção em outros níveis assistenciais.

As barreiras organizacionais e de qualidade técnica ao acesso da criança de risco expõem a fragilidade na implementação do SUS repercutindo no descumprimento dos pressupostos governamentais de atenção integral à saúde da criança pela falha de execução de ações prioritárias no acompanhamento ao longo de toda sua trajetória assistencial pela AB até a completa resolução do problema. Ao mesmo tempo, trazem à tona problemas no desempenho das equipes do PSF.

As barreiras relacionadas à exclusão social das famílias associadas à incipiente atuação intersetorial e de rede de apoio social, apesar de importantes obstáculos ao acesso das crianças à atenção e na contribuição à persistência dos óbitos infantis evitáveis, poderiam ser minimizadas com a atuação eficiente da atenção básica, como também desvelou o estudo de caso de óbito.

Finalizando, o estudo permitiu ampliar o conhecimento da inter-relação dinâmica dos fatores no âmbito das políticas, da oferta e populacionais, que se retroalimentam potencializando as barreiras ao acesso das crianças à atenção integral e exercendo influência na persistência da mortalidade infantil por causas evitáveis. Como tal inter-relação é frequentemente omitida nas investigações quantitativas, destaca a importância da complementaridade do enfoque qualitativo na descoberta, compreensão e interpretação de fatores através das convergências, conflitos e contradições dos discursos dos atores envolvidos.

Recomendações

Âmbito das políticas

-O melhor acesso das crianças às ações e serviços será concretizado com a efetiva implementação dos princípios e diretrizes do SUS e a constituição da rede de atenção integral à saúde, que inclui a política de atenção integral à saúde da criança e a correção das falhas na oferta das ações e serviços, especialmente da atenção básica realizada pelo PSF. A concussão desses objetivos, portanto, é dependente de ajustes na implantação do SUS e da melhora do seu insuficiente processo de financiamento. Dessa forma, uma vez superados os obstáculos anteriores e com a regulamentação da Política de Saúde da Criança nos moldes das demais políticas públicas de saúde vigentes no SUS, ocorrerá um pleno acesso das crianças à atenção adequada e oportuna, sendo um dos pontos decisivos na completa redução da mortalidade infantil evitável por ações e serviços de saúde no território brasileiro.

-A superação dos obstáculos ao acesso das crianças à atenção integral pressupõe também um melhor empenho do governo popular e de economia emergente vigente no Brasil, na melhoria das condições de vida da população. Isto inclui políticas públicas que enfrentem os diferenciais de exclusão social, como as relacionadas ao mercado de trabalho e à educação das mulheres que diminuirá sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos, assim como um sistema público de saúde de qualidade. Implica também no fortalecimento da democratização desse processo e no apoio a atuação dos diferentes atores, particularmente aqueles excluídos da tomada de decisões.

Âmbito da oferta de ações e serviços

-As propostas de aumento no volume de serviços e da disponibilidade de recursos globais para a atenção serão melhor equacionadas com os ajustes na implantação do SUS, com a efetivação do seu mecanismo de gestão e financiamento, refletindo-se numa melhor organização das ações e serviços ofertados pelo PSF. Entretanto, o principal problema de insuficiência de equipes do PSF é restrito a captação de profissionais da categoria médica. Dessa forma, existem estratégias que podem ser implantadas e/ou implementadas no nível distrital com importantes contribuições para avanços no alcance

do acesso potencial e realizado das crianças, com repercussões positivas na redução da mortalidade infantil por causas evitáveis por ações e serviços de saúde, a saber:

a. Ampliação do número de profissionais enfermeiros e administrativos nas equipes do PSF; estabelecimento de dispositivos governamentais de vinculação da residência médica ao exercício da profissão no PSF e de gratificação suplementar às equipes que atuam em áreas de maior violência social.

-Estas sugestões resolveriam parcialmente o problema do não seguimento das crianças, especialmente a vigilância das crianças de risco, nas ações preventivas e na lacuna da oferta das ações educativas coletivas às mães por aparente sobrecarga dos enfermeiros, além de oportunizarem a supervisão dos ACS nas visitas domiciliares melhorando a qualidade da oferta. Os ACS se beneficiariam com a atuação de agentes administrativos exercendo as funções de sua competência e retornariam a atuar apropriadamente como agentes educadores de ações de saúde nas comunidades.

b. Ampliação e/ou modificações dos horários de atenção nas unidades do PSF e nas Policlínicas que atendem em apenas um turno. As unidades do PSF deveriam programar a assistência em dois turnos e na impossibilidade, em turnos alternados; as Policlínicas deveriam realizar atendimento das demandas agudas pediátricas provenientes da sua área de adscrição preferencialmente em horário ininterrupto nas 24 horas e na impossibilidade, ofertar a atenção no período diurno. Os serviços seriam otimizados com a implantação e/ou implementação de laboratórios clínico-radiológicos com turnos de funcionamento simultâneo.

-Esta sugestão atrela-se exclusivamente à capacidade gestora de negociação haja vista a infra-estrutura já presente nas Policlínicas e a existência de um excedente de pediatras necessitando apenas do remanejamento dos horários de atenção.

-As ações oportunizam o uso apropriado da atenção básica pelas crianças para a assistência a agravos de comprovada resolução neste nível, uma vez que serão atendidas em diferentes turnos no PSF para melhor conveniência das mães e terão suas necessidades de atenção imediata satisfeitas nas Policlínicas. Também promoveria um acesso efetivo à assistência de doenças agudas das crianças, suprimindo a lacuna da assistência pediátrica urgente nas unidades do PSF, uma vez que apesar da previsão da

implantação dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família – NASF (Brasil, 2008c), que disponibiliza especialistas para retaguarda ao PSF em fase de consolidação municipal, estes não contemplam a assistência emergencial.

-Secundariamente, a ação favorece a adequação da demanda nas emergências pediátricas de média e alta complexidade que serão utilizadas para este fim, minimizando sua utilização como porta de entrada ao sistema.

c. Implantação de um sistema de acolhimento com classificação de risco nas grandes emergências a ser realizado por médicos e/ou por enfermeiras, desenhado em articulação com a AB e as Policlínicas, com o encaminhamento para retorno dos casos identificados como pertencentes a estes níveis de atenção.

-Esta ação privilegiaria o atendimento das crianças com quadros graves e moderados e em médio prazo contribuirá para o fortalecimento da rede hierarquizada com a adequação da demanda por necessidades de atenção.

d. Implementação das ações de supervisão e monitoramento contínuo dos profissionais, para garantir o cumprimento dos horários e da qualidade das ações e serviços ofertados, sem os quais todas as demais sugestões serão inviabilizadas na garantia de uma maior resolubilidade da atenção básica.

-Estas ações permitirão que a atenção integral à saúde da criança seja ofertada com qualidade e o acesso às ações e serviços mediados pelo acolhimento e humanização da atenção seja efetivo, com o cumprimento do preconizado nas diretrizes governamentais norteadoras da atenção infantil no Brasil e a conseqüente redução da mortalidade infantil por causas evitáveis.

Referências bibliográficas

Acurcio FA e Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Pública*. 1996; 12 (2): 233-42.

Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *HSR*. 1974; 9(2):202-20.

Almeida C, Szwarcwald CL, Travassos C, Viacava F, Novaes HMD, Noronha JC et al., Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório final. Rio de Janeiro, 2003.

Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 supl:23-36.

Almeida SDM, Barros MBA. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: um estudo de caso e controle realizado em Campinas, SP. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7: 22-35.

Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O método nas Ciências Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001.

Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual determinants of medical care utilization in the Unites States. *Milbank Mem Fund Q*. 1973; 51: 95-124.

Andersen RM, Giachello AL, Aday LA. Access of hispanics to health care and cuts in services: a state of the art overview. *Public Health Reports*. 1986; 101(3):238-52.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behavior*. 1995; 36: 1-10.

Andrade LOM. O SUS passo a passo: gestão e financiamento, São Paulo: HUCITEC/Sobral/UVA; 2001.

Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (2): 396-403.

Araújo MFS. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. *Rev. Conceitos*. 2005; 8(12): 39-43.

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003; 8 (3): 815-23.

Ayçaguer LCS, Macho ED. Mortalidad infantil y condiciones higienico sociales en las Américas. Un estudio de correlación. *Rev de Saúde Pública*. 1990; 24 (6): 473-80.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7):1439-54.

Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *The Lancet* 2003; 361(28): 2226-34.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado FJ (orgs.) *Avaliação qualitativa de programas de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. 3. ed. Brasília, DF; 1986.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Brasil. Leis etc. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, v. 128, n. 182, pp. 18055-59, 20 set. Seção 1. 1990a.

Brasil. Leis etc. Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 02 de Outubro de 2000. 1990b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília, DF; 1990c

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: avaliação qualitativa do PACS. Brasília, DF; 1994a.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1994b.

Brasil. Ministério da Saúde. Instrumento gerencial da saúde da mulher, da criança e do adolescente: avaliação, sistema de informação e programação. Brasília, DF; 1995a.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto para Redução da Mortalidade na Infância. Brasília, DF; 1995b. 40p.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Portaria nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Brasília, DF; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância avaliação de meia década, 1990-1995. Brasília, DF; 1997. 40p.

Brasil. Ministério da Saúde. Situação da criança no Brasil. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/situacao.htm>. Acesso em: 30 nov. 2000b.

Brasil. Leis etc. Lei 9.961 de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original. Acesso em 10 de Julho de 2009. 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Criança Saudável. Programa da OPAS/OMS/UNICEF, 2000. Estratégia de implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/aidpi.htm>. Acesso em 01/dez/2000c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS repassados fundo a fundo. Coordenação Geral de Auditoria. Brasília, DF; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF; 2001c. 40p.

Brasil. Ministério da Saúde, 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 1998-2002. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica de Grupo Técnico formada por representantes governamentais. Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. Brasília, DF; 2002c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002. Aprova as atribuições inerentes a cada nível de governo no Controle, Regulação e Avaliação da Assistência à Saúde no SUS. Brasília, DF; 2002d. Disponível em: www.saude.gov.br/sas.htm. Acesso em 25/07/2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Brasília, DF; 2002e. 100p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1ª ed., 2ª reimpr. Brasília, DF; 2003a. 72p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. 1ª ed., 1ª reimpressão. Brasília, DF; 2003b. 82p.

Brasil. Ministério da Saúde. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, DF; 2003c. 248p.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Curso de Capacitação Introdução Módulo 1. 2ª edição revista, 1ª reimpressão. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília. Brasília, DF; 2003d.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência a Saúde. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Edição 2004-2005. Brasília, DF; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2004b. 60 p.

Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde. Banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC), 1997 a 2003 [CD-ROM]. Brasília, DF; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não transmissíveis/Departamento de Análise em Situação de Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde. Critérios de evitabilidade dos óbitos infantis: Ortiz/Seade (1999); Tobias & Jackson (2001); Ministério da Saúde (2005). Brasília, DF; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, DF; 2005c. www.saude.gov.br/sas.htm. Acesso em 05/09/2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2ª ed. atual. Brasília, DF; 2005d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil. 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília, DF; 2005e. 80p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhora da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família. Caderno de Auto-Avaliação nº 5 – Parte II. Brasília, DF; 2005f.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde. 1ª edição. Brasília, DF; 2005g. 32 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF; 2006a. Acesso em 25-03-09.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 698/GM de 30 de março de 2006. Define o custeio das ações de saúde. <http://drt2001.saude.gov.br/sas/Portarias/Port2006/GM/GM-698.htm>. 2006b. Acesso em 23/07/2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília, DF; 2006c. 200p.

Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Mortalidade 2004. IDB, Rede Interagencial de Informações Para a Saúde – RIPSAs. Brasília, DF; 2007a. Acesso em 22/04/08.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF; 2007b. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Os 20 anos do SUS. Portal do Ministério. 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas.htm>. 2008a. Acesso em 23/07/2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Sistema Único de Saúde - SUS. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas.htm>. Acesso em 20/01/2009. 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria MS/GM nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. Republicada em 04 de Março de 2008. Brasília, DF; 2008c.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção no Sistema Único de Saúde. HUMANIZASUS. Documento Base. 4ª Ed. Brasília, DF; 2008d.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação. Regulamentação da EC 29. Portal Saúde. 13 de Outubro de 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=3331. Acesso em 22/10/2009.

Caldeira AP, França E, Goulart EMA. Goulart EMA. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *Jornal de Pediatria*. 2001; 77 (6): 461-8.

Caldeira AP, França E, Goulart, EMA. Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2002; 2 (3): 263-74.

Campos FE, Acurcio FA, Reis EFJB, Santos FP, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública*. 1990; 6: 50-61.

Cecílio LC. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R e Mattos RA. (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, IMS/Abrasco, 2006, p. 113-26.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Públ. 1997; 13 (3): 469-78.

Chen MK. A quantitative index of access to primary medical care for health planning. Socio-Econ Plan Sci. 1978: 12; 295-301.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 (Supl): 191-202.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (5): 1417-23.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (Supl.): S7-S27.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Saúde Soc. 2004; 13 (3): 5-15.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

Declaração de Alma-Ata. In: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, União das Repúblicas Socialista Soviéticas. Relatório. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 1979.

Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, CAN. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 739-43.

Delgado MEG, Vázquez ML, Vanderlei LCM. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de los diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Revista de Salud Pública. 2009. *in press*.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 7-14.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação

em serviços de saúde. *Cad Saúde Públ.* 1997; 13 (1): 103-7.

Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(12): 2647-55.

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.

Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23: 1511-28.

Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health services access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning.* 2008; 19(2): 69-79.

Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(3):669-81.

Falbo GH, Frias PG, Pereira PM. Introduzione ai case-studies di Brasile. In: A Caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa: Edizione ETS, 2006.

Fernández-Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fdez. Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. (orgs). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006. p 31-52.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (1):17-27.

Formigli VLA, Vieira da Silva LM, Cerdeira AJP, Pinto CMF, Oliveira RSA, Caldas AC, et al. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Cad. Saúde Pública.* 1996; 12 (Supl.2): S33-S41.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15(2):345-53.

Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Sal Púb de México.* 1985; 27 (5): 438-53.

Frias PG, Pereira PMH, Giugliani ERJ. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços a partir de traçadores. in *Saúde Brasil 2008.* Ministério da Saúde, 2009 (no prelo).

Frias PG, Vidal AS, Cavalcanti IT, Serva VB. Aleitamento materno: intervenção no sistema local de saúde no contexto do SUS. In: Issler H (org). O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 105-14.

Frias PG. Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida (dissertação mestrado). Recife: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2001.

Galindo LJ. Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación. México: Prentice Hall Addison Wesley; 1998.

Giovanella L, Lobato L, Carvalho AL, Connil EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. 2002; 26: 37-61.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(3):783-94.

Gisper R, Arán Bares M, Puigdefàbregas A. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit. 2006; 20 (3): 184-93.

Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2005; 39(1): 90-9.

Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. Cad. Saúde Pública. 2005; 21 (3): 715-23.

Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. International Journal of Health Geographics. 2004; 3 (3): 1-13.

Guba EG & Lincoln YS. Fourth generation evaluation. London: Sage Publications, 1989.

Guba E & Lincoln Y. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.

Guimarães MJB, Marques NM, Melo Filho DA, Szwarcwald CL. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19 (5):1413-24.

Guimarães MJB. Mortalidade Infantil: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife (tese doutorado). Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Hadad S, França E, Uchôa E. Preventable infant mortality and quality of health care: maternal perception of the child's illness and treatment. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (6): 1519-27.

Hanney SR, Kuruvilla S. HRSPA Project 4: Utilization of research to inform policy, practice and public understanding and improve health and health equity. London: WHO; 2002.

Hartz ZMA e Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (Supl) 2: S331-S6.

Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador da qualidade do sistema local de saúde. *Rev de Saúde Pública* 1996; 30: 310-8.

Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16 (1): 231-39.

IBGE. Censo Demográfico 2000: resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios (bairros do Recife). Rio de Janeiro: IBGE (CD-Rom), 2002.

IBGE. Contagem da População 2007 e Estimativas da População 2007. População residente estimada em 1º de abril de 2007 segundo municípios. UF: Pernambuco. Publicada no Diário Oficial da União de 05/10/2007. Acesso em 28/04/2008.

IBGE. Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2005/AMS. IBGE, 01 de novembro de 2006. Disponível em: [Acessado em 23/03/2009](#).

Institute of Medicine 1988. The future of public health. Washington DC: National Academy Press. JCHAO. The Measurement Mandate - on the Road Performance Improvement in Health Care. Chicago IL: Department of Publications, 1993. 53p.

Jobim R, Aerts D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (1): 179-87.

Kovacs MH, Feliciano KV, Sarinho SW, Veras AA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr*. 2005; 81: 251-8.

Laurenti R. Transição demográfica e epidemiológica. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1, set., 1990, Campinas, São Paulo. Anais. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1990. p.143-65.

Leal MC. Evolução da mortalidade infantil no estado do Rio de Janeiro na década de 80: o componente neonatal (tese doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1996.

Leonard KL. Active patients in rural African health care: implications for welfare, policy and privatization. New York: Columbia University, Institute for Social and Economic Research and Policy; 2003.

Lopes RM, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (Supl.) 2: S283-S97.

Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8 (2): 439-48.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health* 2006; 60: 13-19.

Macinko J, De Souza FM, Guanais FC, Da Silva-Simões CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the Family Health Program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007; 65:2070-80.

Maeda ST, Secoli SR. Use and cost of medication in low risk pregnant women. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(2):266-71.

Malta DC e Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 765-76.

Malta DC, Duarte EC, Almeida MC, Dias MAS, Moraes Neto OL, Moura L et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16 (4): 233-44.

March J, Prieto M, García M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios en salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*. 1999; 13(4): 312-19.

Marques RM e Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (Supl): 163-71.

Marques RM e Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; 8 (2): 403-15, 2003.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004 (5): 1411-6.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R e Mattos RA. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, IMS/Abrasco, 2006, p. 30-64.

Mays N, Pope C. Quality in qualitative health research. In: Pope C, Mays N. (orgs). *Qualitative research in health care*. Londres: BMJ Books; 2000.

Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 643-54.

Mercado FJ. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado FJ (orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

Miles MB, Huberman AM. *An expanded sourcebook: qualitative data analysis*. London: Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 1994.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Mogollón ASP. Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia (tese doutorado). Bellaterra: Universidad Autonoma de Barcelona; 2004.

Moura EC. A relação entre a utilização de serviços de atenção primária à saúde e o nível de saúde de crianças de um ano de idade no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 1998; 1(1):79-87.

Nations MK e Rebhun LA. Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1988; 12: 141-200.

Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2103-12.

Nations MK. Infant death and interpretive violence in Northeast Brazil: taking bereaved Cearense mothers' narratives to heart. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(10): 2239-48.

Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde—mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (2): 386-402.

Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (Sup)2: S 298-S309.

Oliveira H e Minayo MCS. A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2001; 6 (1): 139-49.

Oliveira LAP e Mendes MMS. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de

tendências recentes. In: Minayo MCS. (org). Os muitos Brasis - saúde e população na década de 80. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p. 291-303.

Oliveira LAP, Simões CCS. O papel das políticas de saúde e saneamento na recente queda da mortalidade infantil: significado, alcance e limitações estruturais. In: FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos socioeconômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas. Rio de Janeiro: A Fundação, 1986. p.51-7.

Organização das Nações Unidas - ONU. Declaração do Milênio 2000. ONU: 2000. Disponível em: www.pnud.org.br. Acesso em 31/07/2008.

Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, União das Repúblicas Socialista Soviéticas. Relatório. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 1979.

Ortiz LP. Agrupamento das causas de morte dos menores de um ano segundo critérios de evitabilidade de doenças. São Paulo: Fundação SEADE, 2001. Mimeo.

Osis, MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ. 1998; 1 (Supl.14): S25-S32.

Panamerican Health Organization - PAHO 2001. Health Systems Performance Assessment And Improvement In The Region Of Americas. Washington, D.C.: PAHO.

Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. 2ª ed. Newbury Park: Sage Publications; 1987.

Pellegrini Filho A. Inequidades de acceso a la información e inequidades de salud. Rev Panam Salud Publica. 2002; 11(5/6): 409-13.

Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981; 19 (2):127-40.

Pérez G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y Análisis de Datos. Madrid: Editorial la Muralla S.A; 1998.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7 (4): 687-707.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R e Mattos RA. (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, IMS/Abrasco, 2006, p. 65-112.

Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 12 (2): 343-9.

- Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. Londres: BMJ Books; 2000.
- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (1): 27-34.
- Recife. Perfil Epidemiológico e Proposta da Política de Atenção à Saúde da Criança. Diretoria de Vigilância à Saúde Recife e Diretoria Executiva de Atenção à Saúde da Criança – Doc. Interno da Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2001^a
- Recife. Diretoria Geral de Urbanismo. Departamento de Informações e Projeções. Regiões Político-Administrativa do Recife: Região Centro, RPA I. Versão preliminar, 2001.
- Recife: Prefeitura do Recife, 2001b. Recife. Projeto de Redução da Mortalidade Infantil – Recife: Proposta de Reestruturação. Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2003.
- Recife. Perfil Epidemiológico da Criança e do Adolescente. Gerência de Epidemiológica. Diretoria de Vigilância à Saúde Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2005.
- Recife. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS. Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2006.
- Recife. Caderno de Informações SUS Recife 2001-2007. Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2007a.
- Recife. Perfil Epidemiológico da Criança e do Adolescente. Gerência de Epidemiológica. Diretoria de Vigilância à Saúde Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2007b.
- Recife. Informações do SUS Recife e Distrito Sanitário I, 2001-2007. Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2007c.
- Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Saúde da Criança. Política de Atenção à Saúde da Criança – Doc. Interno da Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2008a.
- Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. Natalidade no Recife, 2001-2007. Série: Análises de Situação de Saúde. Recife, 2008b.
- Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Saúde da Criança. Política de Atenção à Saúde da Criança – Doc. Interno da Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2009.
- Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusion the confusion: concepts and measures of continuity of care. Final report. Canadian Health Services Research Foundation. The Canadian Institute for Health Information and Advisory Committee on Health Services of the Deputy Ministers of Health. 2003.

Restrepo JH, Zambrano A, Vélez M, Rami, Ramírez M. Health insurance as a strategy for access: streamlined facts of the Colombian Health Care Reform. Bogotá: Universidad del Rosario; 2007.

Ribot C, Fernández TG, García D. Investigación cualitativa en atención primaria. *Atención Primaria*. 2000; 25 (5), Marzo 31.

Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing Outlook*. 2005; 53:274-80.

Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup 1):S69-S78.

Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3h):713-24.

Ruiz-Olabuénaga JI. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. 2ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *The New England Journal of Medicine*. 1976; 294: 582-8.

Samico IC. Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso em Pernambuco (tese doutorado). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2003.

Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (1): 75-85.

Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008. 13(5):1431-40.

Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):757-76.

Scheper-Hughes N. Culture, scarcity and maternal thinking: maternal detachment and infant survival in a brazilian shanty town. *Ethos* 1985; 13 (4): 291-317.

Scheper-Hughes N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press; 1992.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (6): 1487-94.

Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. *Remaking health care in America*. 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.

Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(2): 349-58.

Simões CCS e Monteiro CA. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: Monteiro CA. (org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/NUPENS/USP; 1996. p. 153-6.

Simões CCS. Aspectos metodológicos das estimativas de mortalidade infantil no Brasil. In: Teixeira P. (org). *Mortalidade infantil - fontes, metodologias e resultados*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Massangana; 1998. p. 11-29.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup 1):S100-S10.

Souza R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6 (2): 451-5.

Souza RR. El sistema público de salud brasileño. Seminário internacional sobre tendências e desafios de los sistemas de salud en las Américas. São Paulo, Brasil. Coordenação Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Ministério da Saúde. Brasília, DF, agosto de 2002.

Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. 2001; 31(3): 545-66.

Starfield B. A atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. Cap. 8.

Starfield B. 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; 2004.

Szwarcwald CL, Leal MC, Jourdan AMF. Mortalidade infantil: o custo social do desenvolvimento brasileiro. In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH. (orgs). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1992. p. 251-78.

Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 643-55.

Tavares MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(5):1054-62.

Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós; 1998.

Tesser CD e Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*.

2008; 13 (1): 195-206.

Tobias M; Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2001; 25 (1): 12-20.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 Sup 2:S190-S198.

Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4): 975-86.

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1561-69.

Ugá MA, Piola SF, Porto SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8: 417-37.

Ugá MAD e Santos IS. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. Relatório de Pesquisa do Projeto “Justiça no Financiamento do Setor Saúde”, Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz, Brasil e DFID/Reino Unido. Rio de Janeiro, 2005. 93p.

Vanderlei LCM, Braga MC. Uma metodologia de atenção primária de saúde à nível comunitário – Uma experiência do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP com apoio do UNICEF. III Congresso Brasileiro de Pediatria Comunitária, 15 a 19 de julho de 1986. Rio de Janeiro-RJ, 1986.

Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud em modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (tese doutorado). Bellaterra: Universidad Autonoma de Barcelona; 2009.

Vásquez J e Velandia D (Universidad de Antioquia. Grupo de Economía de la Salud - GES- Centro de Investigaciones Económicas–CIE) Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: Régimen Subsidiado de Salud en Antioquia. Reporte Final. Medellín 2003. Disponível em: <http://www.agustinianos.udea.edu.co/wwwmngreconomia/ges/documentos/determinantes.doc>.

Vázquez ML, da Silva MRF. Análisis dos dados qualitativos. En: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fdez. Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. (orgs). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006. p. 97-110.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins, M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9: 711-24.

Vianna ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11:577-606.

Vidal AS, Frias PG, Pais Barreto FM, Vanderlei LCM, Felisberto E. Óbitos infantis

evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003; 3 (3): 281-9

Vidal SA. Avaliação do Programa de Infecção Respiratória Aguda nos serviços públicos ambulatoriais do Recife (dissertação mestrado). Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); Recife, 1996.

Wallace SP, Enriquez-Haass V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención medica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2001; 10 (1): 18-28.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. [Trad.] Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Apêndices

Apêndice 1 - Roteiro das entrevistas individuais

Temas das entrevistas com os atores: gestores, diretores de unidades e profissionais de saúde (enfermeiras e médicos).

Data: _____ Hora de início: _____ Hora de término: _____

Nome: _____ Cargo: _____

Tempo que exerce o cargo/atividade: _____ Instituição: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Duração da entrevista: _____

Pergunta geral: qual é sua opinião sobre as características de uma atenção à saúde da criança adequada?

Opinião e aplicação da política de atenção à saúde da criança

Conhecimento sobre o programa de saúde da criança federal e municipal (Agenda da Saúde da Criança e Programa Municipal de Saúde da Criança);

Opinião sobre a consonância do programa federal com o municipal;

Abrangência de estratégias dirigidas à prevenção dos óbitos infantis.

Aplicação das diretrizes na sua área de competência

Opinião sobre conquistas da aplicação das diretrizes;

Opinião sobre dificuldades na implementação das diretrizes no nível local.

Divulgação das diretrizes de atenção à saúde da criança pela instituição

Tipos de informação: direitos das crianças à atenção à saúde pública e gratuita, promoção à saúde, prevenção de doenças prevalentes na infância, imunização, aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, etc.; Mecanismos utilizados; Público objetivo.

Opinião sobre a divulgação

Disponibilidade de recursos para a atenção infantil

Opinião sobre a adequação dos recursos institucionais para proporcionar a saúde infantil: financeiros, humanos e materiais.

Acesso

Opinião sobre a garantia de acesso à atenção; sobre a atenção integral; sobre a garantia de tratamento;

Opinião sobre os aspectos que dificultam o acesso aos serviços de saúde infantil em todos os níveis; e sobre os principais obstáculos ao atendimento de uma criança com doença prevalente da infância;

Opinião sobre os aspectos que facilitam o acesso;

Opinião sobre a distância do serviço para as crianças que o utilizam

Opinião sobre o percurso das mães para conseguir atendimento no serviço

Organização da atenção:

Quais são os serviços oferecidos às crianças na sua instituição?

Opinião sobre os horários de atenção, tempos de espera, mecanismo para agendamento de consulta; opinião sobre a hierarquização da rede: Processo para encaminhar um paciente para outro serviço: relação

com rede especializada, hospitalar, de diagnóstico (eficácia dos mecanismos de referência/contrarreferência: administrativos, limites de encaminhamento, tempo para o agendamento, para receber o resultado dos exames).

Opinião sobre a **continuidade** da atenção; Estratégias para a continuidade da atenção.

Necessidades de saúde avaliadas:

Opinião sobre a condição de saúde das crianças menores de um ano que utilizam o serviço (doenças mais frequentes, estado nutricional, etc.)

Características de predisposição dos usuários:

Opinião sobre os conhecimentos das mães sobre a saúde da criança; sobre as doenças prevalentes da infância; sobre o serviço utilizado e sobre a procura pelos serviços oferecidos na sua área de competência;

Opinião sobre os fatores sociais que influem no acesso das mães aos serviços de saúde

Fatores capacitantes

Condições de renda do usuário;

Conhecimento sobre as redes de apoio social com que as mães contam para conseguir acesso à saúde dos filhos.

Opinião sobre a persistência de mortes infantis por causas que poderiam ser evitadas.

Sugestões para o melhoramento do acesso das crianças às ações de saúde que contribuam na redução da mortalidade infantil por causas evitáveis.

Apêndice 2 - Roteiro das entrevistas individuais

Temas das entrevistas com os atores: ACS do PSF/PACS

Data: _____ Hora início: _____ Hora término: _____ Duração: _____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Anos de profissão: _____

Tempo no PSF: _____ USF: _____

Pergunta geral: Características de uma atenção à saúde da criança satisfatória:

Para a sra/vc como seria um bom atendimento para as crianças?

Opinião e aplicação da política de atenção à saúde da criança

Conhecimento sobre o programa de saúde da criança federal e municipal (Agenda da Saúde da Criança e Programa Municipal de Saúde da Criança);

Opinião sobre a consonância do programa federal com o municipal;

Opinião sobre a aplicação das diretrizes governamentais para a saúde da criança no Recife;

Opinião sobre conquistas e as dificuldades da aplicação das diretrizes no nível local;

Conhecimento da abrangência de estratégias dirigidas à prevenção dos óbitos infantis.

Divulgação das diretrizes de atenção à saúde da criança no nível local

Tipos de informação (direitos das crianças à atenção à saúde pública e gratuita; promoção à saúde, prevenção de doenças prevalentes na infância, imunização, aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, etc.).

Mecanismos utilizados; Público objetivo; Opinião sobre a divulgação.

Disponibilidade de recursos para a atenção infantil - Opinião sobre a adequação dos recursos institucionais para proporcionar atenção à saúde infantil: financeiros, humanos e materiais.

Quais são os serviços oferecidos às crianças no PSF?

Como as mães fazem para conseguir atendimento?

Opinião sobre o percurso das mães para conseguir atendimento no serviço; Opinião sobre os horários de atenção, tempos de espera, mecanismo para agendamento de consulta (organização da atenção);

O que vc acha disso?

Opinião sobre a garantia de acesso à atenção; sobre a atenção integral; sobre a garantia de tratamento

Opinião sobre a localização do serviço para as crianças que o utilizam

Como é o processo para encaminhar um paciente para outro serviço?

Relação com rede especializada, hospitalar, de diagnóstico (eficácia dos mecanismos de referência/contra-referência: administrativos, limites de encaminhamento, tempo para o agendamento, para receber o resultado dos exames)

Conceito e opinião sobre a **continuidade** da atenção às crianças; Estratégias para a continuidade da atenção.

Opinião sobre os principais obstáculos para o acesso das crianças aos serviços de saúde infantil em todos os níveis

Dificuldades para a atenção por parte do ACS

Opinião sobre os fatores sociais que influem no acesso das mães aos serviços de saúde (educação, ocupação, estrutura familiar, religião, convicção político-ideológica, etc.)

Conhecimento sobre condições de renda e redes de apoio social com que as mães contam para conseguir acesso à saúde dos filhos (comunitárias e institucionais).

Necessidades de saúde avaliadas: Opinião sobre a condição de saúde das crianças que utilizam o serviço (doenças mais freqüentes, estado nutricional, etc.).

Opinião sobre os conhecimentos das mães sobre a saúde da criança; sobre as doenças mais freqüentes da infância; sobre a procura pelos serviços oferecidos

Conhecimento sobre óbito infantil evitável

Qual a sua opinião sobre a persistência de mortes infantis por causas que poderiam ser evitadas?

Sugestões O que acha que deveria ser feito para melhorar a saúde das crianças menores de um ano?

E para a redução da mortalidade infantil por causas evitáveis?

Apêndice 3 - Roteiro das entrevistas individuais: usuários (mães das crianças)

Data _____ Hora de início _____ Hora de término _____ Duração _____
 Nome _____ Idade _____
 Ocupação _____ Escolaridade _____
 Composição familiar _____
 Renda familiar _____ Localidade _____
 Tempo que mora no local _____
 Nome da criança _____ Idade da criança (meses) _____

Pergunta geral: Para a sra/vc como seria um bom atendimento para as crianças?

O que faz quando a criança apresenta alguma doença? Onde a sra/vc procura ajuda quando sua criança adoecer? Quando? Porquê?

Como é que a sra/vc faz para conseguir o atendimento de sua criança pelo PSF/PACS na comunidade? (acesso - passos para o atendimento das crianças na comunidade, marcar as consultas; marcar e receber exames e Rx; receber medicamentos).

O que acha disso?

Agora fale um pouco sobre os passos para o atendimento da criança nos serviços fora da comunidade: pediatras, especialistas, emergências (policlínicas e hospitais), exames laboratoriais e Rx.

O que acha disso?

Quando a criança retorna da emergência ou do hospital, como é para ela ser revista na comunidade?

Você tem gasto com o atendimento da criança?

Quais são os profissionais que a sra/vc confia mais para atender sua criança?

Quando a sra/vc precisa levar sua criança para ser atendida, recebe algum apoio? (Recursos familiares e redes de apoio com que contam as mães para a satisfação das necessidades de saúde dos filhos)

A sra/vc recebeu alguma informação sobre a saúde das crianças?

Como foi dada essa informação?

Quais são as doenças mais freqüentes das crianças da área, na sua opinião?

a) Para a sra/vc, do que mais as crianças daqui morrem?

b) Para a sra/vc, porque elas morrem?

Sugestões: O que a sra/vc acha que devia ser feito para melhorar a saúde das crianças? e para evitar as mortes?

Apêndice 4 - Roteiro das entrevistas individuais com a mãe da criança que foi a óbito

Data: _____ Hora de início: _____ Hora de término: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Nome da criança _____ Idade da criança (meses): _____

Composição familiar: _____

Renda familiar: _____ Localidade: _____

Tempo que mora no local: _____ Duração da entrevista: _____

Fale um pouco sobre a saúde de sua criança desde que nasceu.

Fale um pouco sobre a doença que levou seu bebê a morrer.

Fale um pouco sobre a assistência que sua criança recebeu.

Sugestões: A sra/vc acha que a morte de sua criança podia ter sido evitada? Como?

Apêndice 5 - Roteiro das entrevistas individuais do caso de óbito infantil

Temas das entrevistas com os atores: profissionais de saúde – médico, enfermeiro e agente de saúde envolvidos com o óbito.

Pergunta geral: Na sua opinião, o que foi que levou a criança ao óbito?

Esse óbito poderia ter sido evitado?

Fale um pouco sobre a doença que levou ao óbito.

Como era a condição de saúde da criança antes da doença terminal.

Opine sobre os principais obstáculos evidenciados durante a atenção à doença terminal.

Sugestão: O que deve ser feito para a prevenção dos óbitos evitáveis?

Apêndice 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Gestores/gerentes/diretores e profissionais de saúde)

Informações sobre a pesquisa

Título do Projeto: Mortalidade infantil evitável e atenção à saúde infantil – como percebem os principais atores esta relação em uma capital do Nordeste do Brasil?

Pesquisador Responsável: Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Telefone para contato: 99216509; 21224193

Esta pesquisa será realizada nas unidades de saúde do Distrito Sanitário I da cidade do Recife, mediante entrevistas individuais aplicadas a gestores, gerentes, profissionais e usuários dos serviços de atenção à saúde infantil.

Tem por objetivo identificar: Qual é a opinião dos entrevistados sobre o atendimento oferecido à criança nos serviços do Distrito Sanitário I; Como os entrevistados percebem a influência do atendimento oferecido com as mortes das crianças; Qual são as sugestões para o melhoramento do atendimento que contribuam para a diminuição da mortalidade infantil evitável.

O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos. Em caso de dúvida, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, telefone 21224287.

Nome e Assinatura do Pesquisador

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Apêndice 7

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Mães das crianças)

Informações sobre a pesquisa

Título do Projeto: Mortalidade infantil evitável e atenção à saúde infantil – como percebem os principais atores esta relação em uma capital do Nordeste do Brasil?

Pesquisador Responsável: Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Telefone para contato: 99216509; 21224193

Esta pesquisa será realizada nas unidades de saúde do Distrito Sanitário I da cidade do Recife, mediante entrevistas individuais aplicadas às mães ou responsáveis pelas crianças menores de um ano nascidas e residentes no Distrito Sanitário I e que foram à óbito por diarreia, pneumonia, desnutrição, sífilis (ou outra doença evitável por medidas de atenção à saúde) nos serviços de saúde ou nos domicílios deste distrito.

Tem por objetivo identificar: A trajetória percorrida desde a doença que desencadeou o evento até o óbito infantil; Como os entrevistados percebem a influência do atendimento oferecido nos diferentes serviços de saúde do Distrito Sanitário I com a morte da criança; Qual são as sugestões para o melhoramento do atendimento que contribuam para a diminuição da mortalidade infantil evitável.

O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos. Em caso de dúvida, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, telefone 21224287.

Nome e Assinatura do Pesquisador

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Apêndice 8

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____ concordo em participar do estudo **Mortalidade infantil evitável e atenção à saúde infantil – como percebem os principais atores esta relação em uma capital do Nordeste do Brasil?**, após ter sido devidamente esclarecida/o sobre os objetivos da pesquisa pela pesquisadora Lygia Carmen de Moraes Vanderlei.

Atesto não ter sido submetida/o a qualquer tipo de coação, influência indevida, indução, intimidação ou qualquer outro ato lesivo aos princípios legais, morais ou éticos. Foi-me garantido o direito de me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer tipo de represália.

Recife, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexos

Anexo 1 – Tabela de Classificação de Óbitos Evitáveis – Fundação Seade/Ortiz

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
Redutíveis por imunoprevenção		
I	Tuberculose; tétano do recém-nascido; outros tipos de tétano; difteria; coqueluche; poliomielite aguda; varicela; sarampo; hepatite aguda B; meningite por Haemophilus; síndrome da rubéola congênita	A15-A19, A33, A35-A37, A80, B01, B05, B16, G00.0, P35.0
Redutíveis por adequado controle na gravidez		
I	Sífilis congênita	A50
XVI	Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual; feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez; feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno; crescimento fetal retardado e desnutrição fetal; transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte; isomunização Rh do feto e do recém-nascido; isomunização ABO do feto e do recém-nascido	P00-P01, P04-P05, P07, P55.0-P55.1
Redutíveis por adequada atenção ao parto		
XVI	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas; feto e recém-nascido afetado por outras complicações do trabalho de parto e do parto; transtornos relacionados com a gestação prolongada e peso elevado ao nascer; traumatismo de parto; hipóxia intra-uterina; asfixia ao nascer	P02-P03, P08, P10-P15, P20-P21
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces		
I	Outras doenças bacterianas (exceto tétano do recém-nascido, outros tipos de tétano, difteria, coqueluche e síndrome de Waterhouse-Friderichsen); outras doenças por espiroquetas; outras doenças causadas por clamídias; infecções virais do sistema nervoso central (exceto poliomielite aguda e raiva); infecções virais caracterizadas por lesões da pele e mucosas (exceto varicela e sarampo); micoses	A30-A32, A34, A38, A39.0, A39.2-A49, A65-A74, A81, A83-A89, B00, B02-B04, B06-B09, B35-B49
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (exceto anemia por deficiência de ferro não especificada, anemia por deficiência de folato não especificada, anemia por deficiência de proteínas, anemia escorbútica e alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário)	D50.0-D50.8, D51.0-D52.8, D53.1, D53.8-D53.9, D55-D77
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (exceto desnutrição e outras deficiências nutricionais)	E00-E35, E65-E90
V	Retardo mental; transtornos globais do desenvolvimento	F70-F79, F84
VI	Doenças inflamatórias do sistema nervoso central (exceto meningite por haemophilus, meningite em doenças bacterianas classificada em outra parte, meningite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte, encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte, abscesso e granuloma intracranianos e intraspinais em doenças classificadas em outra parte); ataxia hereditária; transtornos episódicos e paroxísticos; transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; doenças da junção mioneural e dos músculos; paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; outros transtornos do sistema nervoso	G00.1-G00.9, G03-G04, G06, G08-G09, G11, G40-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95
IX	Doenças do aparelho circulatório (exceto outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte)	I00-I97, I99
X	Doenças do aparelho respiratório (exceto influenza devida a vírus da influenza identificado e influenza devida a vírus não identificado)	J00-J06, J12-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93

XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (exceto doença de Kienbock do adulto)	M00-M93.0, M93.2-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XVI	Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (exceto hipóxia intra-uterina, asfixia ao nascer e desconforto respiratório do recém-nascido); infecções específicas do período perinatal (exceto síndrome da rubéola congênita); transtornos hemorrágicos e hemotológicos do feto ou do recém-nascido (exceto isoimunização Rh do feto e do recém-nascido e isoimunização ABO do feto e do recém-nascido); transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido; transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido; afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido; reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e ao recém-nascido; sintomas de abstinência do uso de drogas terapêutica no recém-nascido	P23-P29, P35.1-P54.9, P55.8-P61, P70-P83, P93, P96.2
XX	Complicações de assistência médica e cirúrgica; seqüelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte	Y40-Y98
Redutíveis através de parcerias com outros setores		
I	Doenças infecciosas intestinais; algumas doenças bacterianas zoonóticas; rickettsioses; raiva; febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais; doenças pelo vírus da imunodeficiência humana; outras doenças por vírus; doenças devidas a protozoários; helmintíases; pediculose, acariase e outras infestações; seqüelas de doenças infecciosas e parasitárias; outras doenças infecciosas	A00-A09, A20-A28, A75-A79, A82, A90-A99, B20-B34, B50-B94, B99
II	Neoplasias [tumores]	C00-D48
III	Anemia por deficiência de ferro não especificada; anemia por deficiência de folato não especificada; anemia por deficiência de proteínas; anemia escorbútica	D50.9, D52.9, D53.0, D53.2
IV	Desnutrição e outras deficiência nutricionais	E40-E64
XVII	Malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço; malformações congênitas do aparelho circulatório; malformações congênitas do nariz; lobo pulmonar supranumerário; seqüestro pulmonar; bronquectasia congênita; tecido ectópico intrapulmonar; malformação congênita não especificada do pulmão; outras malformações congênitas do aparelho circulatório (exceto as não especificadas); fenda labial e fenda palatina; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto agenesia, aplasia e hipoplasia do pâncreas, pâncreas anular, cisto pancreático congênito, outras malformações congênitas do pâncreas e do duto pancreático e malformação congênita não especificada do aparelho digestivo); malformações congênitas dos órgãos genitais; malformações congênitas do aparelho urinário; malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular; outras malformações congênitas (exceto malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte, outras malformações congênitas especificadas e malformações congênitas não especificadas)	Q10-Q30, Q33.1-Q33.2, Q33.4-Q33.5, Q33.9, Q34.0-Q34.8, Q35-Q44, Q45.8, Q50-Q89.4
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (não utilizadas em mortalidade)	S00-T98
XX	Acidentes de transporte; outras causas externas de traumatismos acidentais; agressões; eventos cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra	V00-X59, X85-Y36
Não evitáveis		
I	Síndrome de Waterhouse-Friderichsen; infecções de transmissão predominantemente sexual (exceto sífilis congênita); hepatite viral (exceto hepatite aguda B)	A39.1, A51-A64, B15, B17-B19
III	Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	D80-D89
VI	Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central (exceto ataxia hereditária); doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; outras doenças degenerativas do sistema nervoso; doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	G10, G12-G37
X	Influenza devida a vírus da influenza identificado; influenza devida a vírus não identificado	J10-J11

XVI	Desconforto respiratório do recém-nascido	P22
XVII	Malformações congênitas do sistema nervoso; malformações congênitas da laringe; malformações congênitas da traquéia e dos brônquios; pulmão cístico congênito; agenesia do pulmão; hipoplasia e displasia do pulmão; outras malformações congênitas do pulmão; malformações congênitas não especificadas do aparelho respiratório; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto as especificadas); malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte; outras malformações congênitas especificadas; malformações congênitas não especificadas; anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	Q00-Q07, Q31-Q33.0, Q33.3, Q33.6-Q33.8, Q34.9, Q45.0-Q45.3, Q45.9, Q89.7-Q89.9, Q90-Q99
XVIII	Síndrome da morte súbita na infância	R95
Mal definidas		
XVI	Outros transtornos originados no período perinatal (exceto reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e ao recém-nascido e sintomas de abstinência do uso de drogas terapêutica no recém-nascido)	P90-P92, P94-P96.1, P96.3-P96.9
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (exceto síndrome da morte súbita na infância)	R00-R94, R96-R99
Não classificadas		
I	Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos	B95-B97
V	Transtornos mentais e comportamentais (exceto retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento)	F00-F69, F80-F83, F88-F99
VI	Meningite em doença bacteriana classificada em outra parte; meningite em outras doenças infecciosas classificadas em outra parte; encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte; abscesso e granuloma intracranianos e intraspinais em doenças classificadas em outra parte	G01*, G02*, G05*, G07*
IX	Outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte	I98*
XIII	Doença de Kienbock do adulto	M93.1
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XX	Lesões autoprovocadas intencionalmente	X60-X84
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (não utilizados em mortalidade)	Z00-Z99

Anexo 2 - Atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, Brasil, 2007b).

Atribuições gerais dos profissionais

- a) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- b) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- c) realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- d) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, além da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- e) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- f) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- g) responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- h) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- i) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- j) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde;
- k) garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- l) participar das atividades de educação permanente;
- m) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Atribuições específicas dos profissionais das ESF

Do Agente Comunitário de Saúde

- a) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
 - b) trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro-área;
 - c) estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
 - d) cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter os cadastros atualizados;
 - e) orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - f) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
 - g) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
 - h) cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue.
- É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do PACS

- a) planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- b) supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- c) facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- d) realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

- e) solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- f) organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
- g) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro

- a) realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;
- b) realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal;
- c) planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- d) supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- e) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- f) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico

- a) realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- b) realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- c) realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
- d) encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- e) indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- f) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD;
- g) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;
- h) compete ao médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto;
- i) na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem

- a) participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- b) realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;
- c) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista

- a) realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- b) realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- c) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

- d) encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- e) coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- f) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- g) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- h) realizar supervisão técnica do THD e ACD;
- i) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD)

- a) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- b) coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- c) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- d) apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD)

- a) realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- b) proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- c) preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- d) instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- e) cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- f) organizar a agenda clínica;
- g) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- h) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Anexo 3 – Indicadores referentes às condições de vida dos bairros do DS I. Recife, 1991.

Bairros	Chefes de domicílios com renda mensal ≤ 2 SM	Chefes de domicílios com anos de estudo ≤ 3	População de 10-14 anos analfabeta	Domicílios com coleta direta de lixo	Domicílios com instalação sanitária adequada	Domicílios com abastecimento adequado de água
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Soledade	12,5	3,4	2,3	94,3	99,7	99,7
Boa Vista	15,3	4,3	3,5	98,9	98,9	98,1
Ilha do Leite	15,1	4,3	8,6	98,2	99,3	100,0
Paissandu	19,6	9,8	4,3	92,6	88,2	95,1
Sto Antonio	34,1	14,4	4,8	100,0	96,2	99,2
Cabanga	45,6	25,9	9,8	73,5	69,6	87,7
Sto Amaro	55,5	29,2	18,5	53,2	55,4	70,4
São José	70,7	43,6	22,2	51,0	37,5	70,5
Coelhos	76,3	42,2	22,9	28,7	65,1	85,3
Joana Bezerra	80,2	55,2	37,3	11,4	27,0	57,9
Recife	68,5	60,0	48,8	-	4,6	23,1
Todos os bairros do Recife (média)	49,7	28,4	13,7	71,1	47,5	79,7

Fonte: Guimarães et al., 2003

SM = Salário mínimo

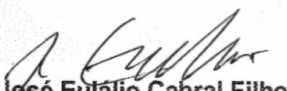
Anexo 4 – Declaração do Comitê de Ética

Instituto Materno Infantil
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

**DECLARAÇÃO**

Declaro que o Projeto de pesquisa nº. 892, intitulado **“Mortalidade infantil evitável e atenção à saúde infantil como percebem os principais atores esta relação em uma capital do Nordeste do Brasil?”**, apresentado pela Pesquisadora **Lygia Carmen de Moraes Vanderlei**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP, em Reunião Ordinária de 09 de novembro de 2006.

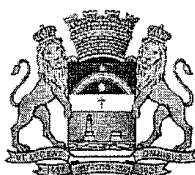
Recife, 10 de novembro de 2006.


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Dec. Lei 5013 de 14/05/84
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil CEP 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 355
e-mail: imip@imip.org.br
home page www.imip.org.br

Anexo 5 – Carta de Anuência



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Sra. **Lygia Carmen de Moraes Vanderlei**, Graduação em Saúde Pública, sob orientação dos Prof. Dra. Maria Luisa Vazquez Navarrete e Miguel Martín Mateo a realizarem coletas de dados com usuários das Unidades de Saúde da Família da rede pública de Saúde do Recife, com o objetivo de subsidiar a pesquisa de dissertação, sob o título: **“MORTALIDADE INFANTIL EVITÁVEL E ATENÇÃO À SAÚDE INFANTIL – COMO PERCEBEM OS PRINCIPAIS ATORES ESTA RELAÇÃO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL?”**

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 20 de dezembro de 2006.

Paulette Cavalcanti Albuquerque

Dr.ª PAULETTE CAVALCANTI ALBUQUERQUE

Diretoria Geral de (Diretoria Geral de Gestão do Trabalho/SS) Diretoria