Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP
Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública

Atenção à saúde infantil pela Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu.

Fernanda França Velo

Botucatu – SP
2011

Fernanda França Velo

Atenção à saúde infantil pela Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista-UNESP, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa

Botucatu – SP
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Velo, Fernanda França.
Atenção à saúde infantil pela estratégia de saúde da família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu / Fernanda França Velo. – Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011
Orientador: Gimol Benzaquen Perosa
Capes: 49602001

1. Saúde pública. 2. Crianças – Cuidado e higiene. 3. Satisfação do consumidor.

Palavras-chave: Estratégia de saúde da família; Satisfação do usuário; Saúde da criança.

FOLHA DE APROVAÇÃO

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda França Velo

Atenção à saúde infantil pela Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu.

APROVADA POR:

_____

Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa

_____

Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete

_____

Profa. Adjunta Maria Aparecida Crepaldi

Botucatu / SP
2011

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

À minha mãe

Que a cada momento me ensina sobre os verdadeiros valores da vida. Pelo seu carinho, pelo amor incondicional, pelo exemplo de vida, dedicação e superação, pelos braços sempre abertos, pela educação e formação que me concedeu. Minha eterna gratidão.

Ao Jader

Meu companheiro, meu amigo, meu fiel escudeiro, meu grande amor! Por me fazer feliz todos os dias. Por estar sempre ao meu lado me dando o apoio que precisava para a realização deste trabalho. Por me fazer acreditar que eu era capaz. Não tenho palavras para te agradecer... apenas Te Amo!!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Doutora Gimol Benzaquen Perosa

Pessoa maravilhosa que me acolheu e acreditou em mim!

Obrigada pela companhia nestes últimos anos e por fazer parte de momentos tão especiais da minha vida.

Obrigada pelos ensinamentos desde a época da graduação. Desde cedo compartilhando de sua competência e de seus conhecimentos e experiências que contribuíram muito para o meu crescimento profissional e pessoal.

Obrigada pelo empenho, dedicação e principalmente pelo apoio e confiança depositados em todas as etapas, me ajudando a superar cada obstáculo para a realização deste trabalho.

À você, orientadora, amiga e companheira, a minha total admiração e respeito e os meus mais sinceros agradecimentos.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida e fé que tem me concedido.

Aos Professores e Doutores, Vera, Ione, Elen e Vânia, obrigada pelo compartilhamento dos seus conhecimentos e pela contribuição dada na qualificação, que me possibilitou refletir sobre importantes questões do estudo. Obrigada pela preocupação.

À Professora Doutora Carmen Maria Casquel Monti Juliani pelos ensinamentos prestados durante a graduação e pós-graduação. Pelo apoio e incentivo para que eu ingressasse no mestrado. Pelo respeito e companheirismo. Muito obrigada!

À Sra. Lucilene, secretária da pós-graduação do departamento de Saúde Pública. Obrigada pelas explicações, esclarecimentos e acolhimento.

Ao Funcionário Wagner do Departamento de Saúde Pública da UNESP – Botucatu. Obrigada pela contribuição concedida para a formatação do trabalho.

Aos Funcionários e Docentes do Departamento de Saúde Pública. O meu sincero agradecimento.

Aos Funcionários da Seção de Pós Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu pela atenção concedida em todos os momentos.

À Bibliotecária da UNESP – Botucatu Meire, pela dedicação e contribuição na revisão das referências bibliográficas.

À amiga e companheira de profissão Ivana, sempre esbanjando alegria e arrancando sorrisos por onde passa. Pela grande ajuda concedida na realização dos grupos focais. Reconheço a sua colaboração me acompanhando nos grupos mesmo depois de uma noite inteira de trabalho. Minha eterna gratidão.

Às Enfermeiras Maíra e Danielle, que me possibilitaram realizar este trabalho nas unidades de saúde. Obrigada pela disposição, contribuição e incentivo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde. Obrigada pela disponibilidade em entregar os convites nas residências. A contribuição de vocês foi essencial para a realização deste trabalho

Às mães, usuárias das unidades do estudo, que participaram dos grupos e compartilharam de suas experiências. Sem vocês este trabalho não teria o motivo de ser. Por toda a contribuição e pelo interesse em melhorar a atenção à saúde infantil, muito obrigada!

Aos meus irmãos Vinícius e Alexandre, que mesmo com a distância, com cada um traçando seu futuro, tenho certeza de que terei sempre o apoio incondicional de vocês. Obrigada pelas pessoas maravilhosas que são. Obrigada pelo carinho de sempre. Amo vocês do fundo do coração.

À amiga Letícia Diniz Vieira. Companheira de todas as horas e fiel escudeira. Obrigada pela sua companhia, incentivo e disposição. Obrigada pelos momentos de alegria e pelo apoio nos momentos difíceis. "Amigo não é

aquele que nos faz algum bem, mas aquele que está sempre e em toda parte junto conosco."

Aos companheiros de trabalho da Usina, pela paciência e compreensão, muito obrigada!

À todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. O meu muito obrigada!

EPÍGRAFE

"O importante não é estar aqui ou ali, mas ser. E ser é uma ciência delicada, feita de pequenas-grandes observações do cotidiano, dentro e fora da gente. Se não executarmos essas observações, não chegamos a ser: apenas estamos, e desaparecemos."

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Atenção à saúde infantil pela Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu.

RESUMO

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família em âmbito nacional, várias ações foram propostas oficialmente, visando a promoção e atenção global à saúde da criança. Apesar de resultados ainda controversos, registrou-se um decréscimo no quadro geral da mortalidade infantil e resultados positivos de outros indicadores de saúde: aumento do aleitamento materno exclusivo e da cobertura vacinal, declínio das taxas de desnutrição infantil em menores de 2 anos, além do aumento da cobertura de consultas de pré-natal. Considerando que a organização das ações de saúde também deve contemplar a perspectiva do usuário, o presente trabalho pretendeu apreender as percepções das mães de crianças menores de cinco anos, usuárias de unidades de saúde da família de Botucatu-SP sobre a atenção à saúde infantil, contemplando aspectos organizacionais, profissionais e relacionais. Para tanto, foram selecionadas duas unidades de saúde da família, com diferentes tempos de implantação. Os dados foram coletados a partir de quatro grupos focais, abordando os temas acima referidos. Em cada uma das unidades foram compostos 2 grupos: um com mães de crianças de até 1 ano de idade e o outro por mães de crianças de 1 ano até 5 anos de idade. O tratamento dos dados, de natureza qualitativa, foi feito por meio de Análise de Conteúdo Temático. A partir da análise dos dados obtidos nos quatro grupos focais percebeu-se que o ideário do modelo tradicional, focado no atendimento às queixas dos usuários e em oferta de ações curativas, tendo o médico e suas especialidades como figura central do atendimento, ainda é muito prevalente para as mães. Desta forma, a maioria das demandas como dificuldade de conseguir consultas eventuais, grande espaçamento das consultas de rotina para crianças menores de 1 ano e longo tempo de espera foram relacionadas a ausência de pediatras nas unidades de saúde da família, revelando a pouca aceitação da atuação dos enfermeiros e a compreensão restrita do papel do agente comunitário de saúde. As usuárias avaliaram negativamente a integração do sistema referência e contra-referência e a oferta de medicamentos. Foram apontados como pontos de satisfação, a localização das unidades, a visita domiciliar e a relação próxima com os profissionais das unidades de saúde da família. Constatou-se que as mães não se percebiam como possíveis agentes de mudança. Apesar de terem incorporado alguns preceitos contidos na proposta do SUS, predominou, nas concepções das usuárias, aspectos relacionados ao modelo tradicional, médico hegemônico, que remete para a necessidade de mudanças organizacionais e relacionais e, concomitantemente, ações que visem a educação em saúde, com a finalidade de fortalecer a participação do usuário no controle social.

Palavras chave: satisfação do usuário, saúde da criança, estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

Child health care by the Family Health Strategy in the view of users of health units of Botucatu.

ABSTRACT

Since the Family Health Strategy was implemented nationwide, several actions have been officially proposed in order to promote global healthcare for children. Although results remain surrounded by controversy, a decrease in overall child mortality and positive results regarding other health indicators such as increase in the rates of exclusive breastfeeding and vaccine coverage, decrease in malnutrition among children under two years, and increase in coverage of prenatal care have been reported. Considering that the organization of health actions should also take into account the user's viewpoint, this study aimed at assessing the organizational, professional and relational aspects of child healthcare according to the perceptions of mothers of under-five children attending the family health units located in Botucatu-SP. Thus, two family healthcare units implemented at different times were selected. Study data were collected from four focal groups - two groups from each unit, one consisting of mothers of children at 0-1-years, and the other including mothers of children aged 1-5 years. Qualitative data were evaluated by theme-based content analysis. Analysis of the data obtained from all four focal groups revealed that the traditional model in which physicians in their specialties play the central role focusing on dealing with patients' complaints and offering curative actions still prevails among the participating mothers. Therefore, most demands, such as difficulty in scheduling appointments, long intervals between routine visits for children under one year, and long waiting time, were related to absence of pediatricians in family health units, revealing poor acceptance of the nursing staff and limited understanding of the role of the health community agent. The referral/counter-referral system and medication supply were negatively rated, whereas the location of the units, home visits, and close relationship with the staff of family health units were considered satisfactory. The participating mothers did not perceive themselves as agents of change. Even though the mothers seemed to have incorporated some of the precepts proposed by the Unified Healthcare System-SUS, the traditional hegemonic physician model predominated among them pointing to the need for organizational and relational changes and concurrent actions aimed at health education in order to strengthen the participation of users in social control

Key words: user's satisfaction, children's health, family health strategy.

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos participantes do grupo 1 – USF 1 49

Tabela 2 – Características dos participantes do grupo 2 - USF 1..... 50

Tabela 3 – Características dos participantes do grupo 3 - USF 2..... 50

Tabela 4 – Características dos participantes do grupo 4 - USF 2..... 51

LISTA DE ABREVIATUARAS

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
ARE	Ambulatório Regional de Especialidades
BLH	Banco de Leite Humano
CE	Consulta de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 26

2 OBJETIVOS 39
2.1 Objetivo geral 39
2.2 Objetivos específicos 39

3 METODOLOGIA 41
3.1 Desenho do estudo 41
3.2 Cenário de investigação 41
3.3 Participantes da pesquisa 43
3.4 Procedimentos 43
a) Seleção dos participantes 43
b) Forma de coleta de dados: grupo focal 44
3.5 Análise dos dados 45
3.6 Aspectos éticos 46

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 49
4.1 Apresentação dos grupos 49

Tema: Organizacional 51
Localização da unidade 51
Oferecimento de serviços 53
- As consultas de rotina 53
- O pronto atendimento 59

Recorrer a serviços secundários e terciários 62
Integração entre os serviços de referências e contra-referência 64
O tempo de espera 67
A necessidade de pediatra 71
Os recursos materiais 72

Tema: Profissional e relacional 73
O Agente Comunitário de Saúde 73
O Enfermeiro 80
O papel do médico 85
Relacionamento com os profissionais da Unidade 90

Tema: Modelos de Atenção 95
A comparação dos dois modelos 95
Formas de viabilizar mudanças 97

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 102

6 REFERÊNCIAS 108

7 ANEXOS 117

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Sistema Único de Saúde e modelos assistenciais

A partir da década de 80 deu-se início a reforma do modelo de assistência pública à saúde, em um período de cortes de gastos e diminuição das despesas estatais que desestruturaram a política de saúde vigente. Teve como principal objetivo reorganizar a gestão, em uma tentativa de reconstruir responsabilidades gerenciais regionais e locais. Desta forma, redefiniu-se o perfil do sistema de saúde. Reformularam-se os papéis e as funções, as responsabilidades governamentais, a oferta de serviços, a gerência de unidades e a gestão do sistema, criando uma nova estrutura definida como Sistema Único de Saúde (SUS) (VIANA et al., 2002).

A proposta do SUS correspondeu a uma organização inovadora da atenção à saúde da população, baseada nos princípios doutrinários da universalidade, ou seja, saúde como direito de todos e dever do estado; da integralidade da assistência, com prioridade nas ações preventivas (MORITA, 1997), e da equidade, reconhecendo que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine ou reduza a desigualdade (CUNHA; CUNHA, 1998).

Essa política de saúde instituiu, também, princípios de caráter organizativo do sistema. Em primeiro lugar, a regionalização e hierarquização, responsáveis pela organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. Contemplou, também, o controle social, isto é, o direito de todo cidadão à participação nas funções de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas. E, por fim, a descentralização e comando único, garantindo a redistribuição de poder e responsabilidades entre os três níveis de governo, sendo cada esfera autônoma e soberana nas suas decisões e atividades (CUNHA; CUNHA, 1998).

Posteriormente, para regulação do SUS, foram criados instrumentos próprios como as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996, como estratégia para a efetivação do processo de descentralização, através da municipalização (COSTA, 2002). Segundo Viana et al. (2002), a estratégia de descentralização contribuiu para a estabilidade política, com fortalecimento institucional e o aumento das condições de oferta dos sistemas de saúde para

os municípios habilitados em gestão plena. Porém, apesar da melhoria na oferta de recursos e também da distribuição regional entre os grupos, priorizando as regiões mais pobres, verifica-se ainda uma grande distorção entre eles, evidenciada, dentre outras coisas, pela herança de desigualdades econômicas e sociais do Brasil (VIANA et al., 2002).

A implantação e desenvolvimento do SUS ocorreram em um momento de transição tanto demográfica, com o envelhecimento progressivo da população, quanto epidemiológica, devido à persistência de doenças transmissíveis e aumento das crônico-degenerativas, principalmente nos países da América Latina. Esses dois fatores interferiram diretamente na demanda e na oferta de saúde e constituíram a chamada crise da saúde dos anos 90 (VIANA et al., 2002).

Nesta década, inicia-se no Brasil o processo da "reforma incremental" do SUS, que se define como um conjunto de mudanças nas formas de organização dos serviços, no perfil de financiamento e gasto da política, assim como no modelo assistencial, havendo a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) (VIANA; POZ, 2005).

O enfoque na família e não no indivíduo aconteceu, pela primeira vez, com o PACS, criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, que tinha como objetivo primeiro contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna (VIANA; POZ, 2005).

Em 1994, o PSF é qualificado como modelo de atenção básica à saúde, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS, isto é, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Introduziram-se, também, novas modalidades de gestão e novos tipos de parceria público/privado (VIANA; POZ, 2005).

A terminologia "Programa Saúde da Família" e a sigla "PSF" foram modificadas pela Portaria n. 648 de 28/03/2006, do Ministério da Saúde (MS), que gerou o termo "Estratégia de Saúde da Família" e a sigla "ESF", por consolidar a expansão do PSF em uma estratégia de abrangência nacional prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Por este motivo, a terminologia utilizada no presente estudo foi "Estratégia de Saúde da Família" e a sigla "ESF" (BRASIL, 2006b).

A ESF, como novo modelo de atenção à saúde, possui um caráter substitutivo, não significando necessariamente a criação de novas unidades de saúde e se difere por ser um modelo de saúde centrado na família e na comunidade, multi e interprofissional, envolvendo a comunidade por meio da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este novo modelo orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade ao sistema, continuidade e integralidade da assistência,

responsabilização pelos cuidados, humanização, vínculo, equidade e participação social, além de trabalhar com um território de abrangência definido (territorialização), feito através da adstrição de famílias, o que possibilita um maior conhecimento da população e do território habitado e permite a valorização das ações intersetoriais (BRASIL, 2004; COSTA et al., 2009).

Portanto, a compreensão do processo saúde - doença na ESF passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar, onde as ações, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, centram-se nas relações humanas, na produção de vínculo e no acolhimento. O acolhimento, por sua vez, propõe reorganizar o serviço, no sentido da garantia no acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado (COSTA et al., 2009).

Em contrapartida, o modelo sanitário brasileiro tradicional, legalmente instituído e praticado até 1988, difere-se da ESF por ser pautado em uma atenção biomédica hegemônica, o que empobrecia a possibilidade de incorporação de outros saberes para ampliação da ação clínica e solução dos problemas; medicamentoso; curativo e individual, onde o hospital era tido como o lócus de solução de qualquer problema de saúde. Em resposta à atenção técnica assistencial do modelo, o conceito de saúde era tido em sua negatividade, como simples ausência de doença (COSTA et al., 2009).

Percebe-se, ao longo de aproximadamente 16 anos de existência da ESF, uma expressiva expansão da estratégia em todo o território brasileiro. No ano de 2004 a população coberta pela ESF era de 36,6%, correspondendo a 65.543.751 habitantes (BRASIL, 2010c). Já no ano de 2009 a porcentagem da cobertura cresceu para 49,9%, cobrindo 95.638.435 habitantes. Observa-se que a ESF apresentou expressivas expansões em todas as regiões do país, com destaque, principalmente, para as regiões norte e nordeste que, entre os anos de 2004 e 2009, expandiram sua cobertura populacional em 19,2%, priorizando os vazios assistenciais em áreas rurais e periferia de grandes cidades (SOUZA; MARCHÁN-HAMANN, 2009; BRASIL, 2010c).

No mesmo período, a região que teve menor expansão da ESF foi a região sudeste, com um aumento da cobertura populacional de 8,9%. A reduzida expansão da ESF na região sudeste pode estar relacionada a vários fatores como a grande disparidade entre as coberturas da ESF nas principais capitais do país e em outras cidades que concentram o maior número de habitantes; acúmulo de outras modalidades da atenção básica; priorização dos repasses de recursos aos municípios de pequeno porte; predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com

as comunidades em seus territórios, entre outros (ELIAS et al., 2006; VIANA et al., 2006; SOUZA; MARCHÁN-HAMANN, 2009).

Apesar da significativa expansão da ESF em todo território nacional, nem sempre a ampliação da cobertura correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada por essa estratégia. Experiências em curso revelam grande diversidade dos modelos assistenciais e fragmentação na oferta de serviços e políticas públicas implantados nos municípios brasileiros, gerando problemas relacionados à integração do sistema e coordenação dos cuidados (GIOVANELLA et al., 2009; SOUZA; MARCHÁN-HAMANN, 2009). Neste sentido, o desafio está em superar a fragmentação de rede de serviços de saúde do SUS e potencializar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços (SOUZA; COSTA, 2010; GIOVANELLA et al., 2009).

Outras dificuldades apresentadas pela ESF estão relacionadas com a oferta insuficiente e formação inadequada de recursos humanos e com a desigualdade no financiamento da Atenção Básica, comprometendo a universalização da implantação da ESF (GIOVANELLA et al., 2009; SOUZA; MARCHÁN-HAMANN, 2009). Para Souza e Marchán-Hamann, (2009) o que se percebe são flutuações e hesitação nos apoios político, técnico e científico à ESF, bem como na estratégia de desenvolvimento de pessoal, que dificultam a promoção da ESF como política de Estado. Por outro lado, apesar das dificuldades no contexto político-social para a integralidade da atenção básica, a ESF é vista como possibilidade de organização do SUS e reordenamento do sistema e vem contribuindo em alguns aspectos relacionados ao acesso. No estudo de Giovanella et al. (2009) por exemplo, nos municípios estudados, a ESF propiciou facilidade de agendamento e agilidade no atendimento, facilitando o acesso à atenção especializada.

As ações dirigidas à saúde da criança no contexto do SUS.

Historicamente, até o fim década de 1980, as políticas públicas pouco se atentavam ao atendimento da população infanto-juvenil, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a Convenção dos Direitos da Criança, reconhecendo e afirmando para crianças e adolescentes direitos universalmente reconhecidos aos adultos como: direito à vida, saúde, alimentação, educação, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária entre outros. A tomada de posição da ONU refletiu-se no Brasil através de um grande

movimento que envolveu e mobilizou a sociedade civil organizada (OLIVA; KAUCHAKJE, 2009).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990, denominada Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), trouxeram inúmeras inovações possibilitando considerar a infância e a juventude como prioridade absoluta, merecedoras de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, além de considerarem este segmento da população em condição peculiar de desenvolvimento e merecedores de proteção especial (OLIVA; KAUCHAKJE, 2009).

A nova forma de tratamento à infância e à juventude envolveu vários órgãos como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Varas da Infância e Juventude, Delegacias de Defesa da Criança e do Adolescente e Organizações Não Governamentais. Foram criadas políticas integradas por programas, ações, projetos, para atuar conjuntamente com a finalidade de garantir o cumprimento das necessidades previstas na Constituição Federal e no ECA (OLIVA; KAUCHAKJE, 2009).

No que diz respeito às políticas públicas de saúde, a implantação da ESF como novo modelo de atenção básica reforçou o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança, com uma mudança de foco, da doença para a promoção e atenção global, propondo tecnologias apropriadas de diagnóstico e tratamento dos problemas mais prevalentes na infância (SILVA, 2003).

A preocupação com os direitos e a atenção integral à criança levou à criação, em âmbito nacional, de vários programas e ações em saúde específicas para o seguimento infantil, com o objetivo de oferecer um atendimento mais humanizado e de melhor qualidade, reduzir a mortalidade infantil e promover qualidade de vida para a criança. Dentre eles destacam-se:

- **Pacto pela Saúde 2006**, que definiu como prioridades para aquele ano a redução da mortalidade materna e da mortalidade infantil. Estabeleceu a meta de reduzir a mortalidade neonatal em 5%, por doença diarréica em 50% e por pneumonia em 20%. Enfatizou, também, a necessidade de apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes e a criação de comitês de vigilância de óbitos infantis e fetais, em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes (BRASIL, 2006a).

- **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**, apresentado em 2004 pela Coordenação de Atenção à Criança, do MS, com o objetivo de organizar a assistência à população infantil de modo a contemplar e

melhorar o atendimento em todos os seguimentos, desde o primeiro atendimento, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), até a atenção especializada dos casos mais graves, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco. No programa estão delineadas as principais diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral, visando, a nível local, o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população (BRASIL, 2005a).

O programa tem como linhas de cuidado a serem priorizadas ações de saúde dirigidas à atenção à criança, a promoção do nascimento saudável, o acompanhamento do recém-nascido de risco, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização, a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável com atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais e a abordagem das doenças respiratórias e infecciosas (BRASIL, 2005a).

- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI). Trata-se de uma estratégia de atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF). Este modelo de atenção à criança caracteriza-se pela ação simultânea e integrada ao conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que buscava abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela estava inserida. As condutas de atenção integrada descrevem como tratar crianças doentes que chegam ao serviço de saúde no nível primário, tanto para a primeira consulta como para uma consulta de retorno, quando se avalia se houve, ou não, melhora. O profissional de saúde deve acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema, e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia, além de estabelecer um canal de comunicação com a mãe ou com a pessoa responsável pela criança, de modo que ela apreenda as recomendações referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, e memorize os sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde (BRASIL, 2002b).

A AIDPI se baseia em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma

participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente quando há menores de 5 anos de idade (BRASIL, 2002b).

Mais especificamente em relação a ações de atenção primária, com objetivos preventivos e de promoção à saúde destacam-se:

- **Política Nacional de Aleitamento Materno**, com o objetivo de promover, proteger e apoiar a prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até seis meses e complementado até os dois anos de idade ou mais e a **Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (BLH)**, responsável pela promoção do aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição (BRASIL, 2007a).

- **Ações de vigilância à saúde infantil**, com a utilização das novas curvas de crescimento da OMS lançadas no Brasil, em 2006 e a nova versão da Caderneta de Saúde da Criança, que amplia o acompanhamento da criança até os 10 anos de idade. Havia a proposta de distribuir 3.200.000 exemplares durante o ano de 2007, para os 5560 municípios brasileiros. Essas duas iniciativas são importantes instrumentos para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2007a)

Com os mesmos objetivos em relação à saúde da criança, também foram desenvolvidos projetos nas coordenadorias de saúde de São Paulo, para instrumentalizar as equipes de saúde e as famílias. Um exemplo é a cartilha e o manual "Toda hora é hora de cuidar", desenvolvido pelo projeto "Nossas crianças: janelas e oportunidades". São instrumentos voltados para a família, que abordam questões relacionadas à alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor, segurança, brincadeira, e direitos da criança, da gestação até seis anos de idade (MARTINS, 2007)

Em síntese, são várias iniciativas visando a população infantil, alguns ainda em período de implantação, que motivaram uma série de pesquisas para avaliar seu impacto.

Impacto das intervenções da ESF na saúde materno-infantil

O conceito de avaliação de programas públicos surge após a segunda guerra mundial no sentido de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (UCHINURA; BOSI, 2002).

Embora os estudos registrem decréscimo no quadro geral da mortalidade infantil, com a redução do número de óbitos de crianças menores de um ano de 54.183 em 2004 para 43.638 em 2008, e da taxa de mortalidade infantil de 27,4 no ano de 2000 para 20,0 em 2007, as taxas de morbimortalidade continuam elevadas para esta faixa etária e a situação de saúde das crianças brasileiras continua sendo um fator preocupante (BRASIL, 2010a).

Em relação às causas dos óbitos, em 2008, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único, as afecções originadas no período perinatal eram responsáveis pelo maior número de óbitos, (61,2%). Dentre os óbitos de crianças maiores, da faixa etária entre um e quatro anos, as causas mais freqüentes foram doenças do aparelho respiratório (17%), infecciosas e parasitárias (31,7%), seguidas por causas externas (23,1%,) (BRASIL, 2010c).

Em contrapartida, estudos que avaliaram a ESF, desde sua implantação, apontaram mudanças não só nos indicadores de mortalidade infantil, como também nos indicadores relacionados ao acesso aos serviços, qualidade da atenção e de condições de vida (CRUZ, 2002; SILVA, 2003; FACCHINI et al., 2006).

No estudo de Macinko et al. (2006) ao avaliar o impacto da ESF entre 1990 a 2002, observaram que um aumento de 10% na cobertura do programa estava associado com uma queda de 4,5% no coeficiente de mortalidade infantil do país.

Com relação aos outros indicadores de saúde, Slomp (2005) pesquisando a assistência ao recém-nascido em uma unidade da ESF de Guarapuava/PR, detectou que a cobertura vacinal e o aleitamento materno foram os componentes da assistência materno-infantil que apresentaram melhor resposta às ações realizadas pela equipe da ESF.

Como contribuição da implantação da ESF, em municípios do estado de São Paulo e no município de Sobral (CE), verificou-se aumento do AME, elevada cobertura vacinal, declínio das taxas de desnutrição infantil e aumento da assistência ao pré-natal e ao parto (CRUZ, 2002; SILVA, 2003).

Além disso, percebeu-se melhora nos aspectos relacionais entre a equipe de saúde da família e os usuários. Silva (2003), em estudo realizado após a implantação da ESF no município de Sobral/CE, verificou melhora no acolhimento do profissional para com a família e com a criança, e conseqüente fortalecimento dos laços de confiança para a solução dos problemas de saúde; expressiva preocupação dos profissionais em relação ao cuidado à criança desnutrida e valorização à atenção das tendências da taxa de mortalidade infantil. Essas mudanças resultaram em maior satisfação das mães em relação à organização do serviço e da assistência e em uma maior integração entre os profissionais, favorecendo ações

de promoção e prevenção das doenças mais prevalentes na infância. Para a autora, essas mudanças, também se refletiram nos indicadores de saúde das crianças menores de cinco anos de idade do município estudado e contribuíram para a redução da taxa de mortalidade infantil no período entre 1995 a 2002, de 61,4 por mil nascidos vivos, no início do estudo, para 19,0 no encerramento do trabalho.

Apesar dos trabalhos acima identificarem pontos positivos, os resultados da implantação da ESF ainda são inconclusivos, com estudos apontando para avaliações negativas dos indicadores de saúde relacionados à população infantil.

Facchini et al. (2006), ao comparar a ESF com o atendimento em unidades tradicionais nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, apontaram que apesar de aspectos favoráveis na qualidade da atenção, como o maior apoio ao aleitamento materno, maior número de consultas pré-natal e de puericultura, maior manejo dos agravos infantis mais prevalentes e melhor planejamento familiar, observou-se a redução no número de crianças com cobertura vacinal completa nos municípios estudados, contrariando os resultados de estudos anteriores.

Roncalli e Lima (2006) apontaram que nos municípios estudados da região Nordeste do Brasil, a ESF exerceu pouco impacto sobre os indicadores, destacando-se apenas a redução da taxa de internação por diarréia. Segundo esses autores, a ausência de impacto pode ser creditada, em grande parte, à maneira como os programas estão sendo implantados. Os próprios autores salientam, entretanto, que a pesquisa não possui subsídios suficientes para concluir que a ESF é pouco resolutiva e sem diferencial em seus padrões de assistência à saúde.

Para alguns autores a melhora nos indicadores de saúde infantil não está relacionada, apenas, à mudança no modelo de saúde, mas, sofre influência, também, de outros fatores como as condições socioeconômicas da população. Em trabalho recente sobre a ocorrência de óbitos infantis em 296 municípios brasileiros que apresentaram no censo do ano 2000 população superior a 80 mil habitantes, Boing e Boing (2008) observaram que os óbitos infantis por causas evitáveis ainda eram bastante sensíveis aos investimentos públicos em saúde, à oferta de médicos nos municípios e às condições sócio-econômicas dos habitantes. Os municípios que tinham um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) assim como uma alta concentração de renda, baixa condição sanitária, reduzido Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, menor despesa total com saúde por habitante e menor proporção de médicos por mil habitantes apresentaram maior taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis em relação àqueles com melhores condições.

Se estes estudos se preocuparam em avaliar o processo e os resultados das intervenções através de indicadores de saúde, outras pesquisas avaliaram a ESF a partir da satisfação dos usuários.

A ESF sob a perspectiva de usuários

A avaliação de programas e serviços de saúde através da satisfação do usuário ganha destaque nos Estados Unidos e Inglaterra na década de 1970, quando a meta a ser alcançada pelos serviços visava melhores resultados clínicos por meio da adesão ao tratamento (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Estudos mostravam que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes ao profissional da saúde e a continuar utilizando os serviços de saúde (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

No Brasil, este tipo de estudo intensificou-se a partir da década de 1990, com a criação do SUS, pelo destaque dado ao fortalecimento da comunidade na participação dos processos de planejamento e avaliação (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

Ao levar em conta a satisfação dos componentes, o processo de avaliação de serviços deixa de ser baseado exclusivamente em critérios objetivos e a subjetividade passa a ser considerada um critério relevante, implicando em mudanças metodológicas na forma de coletar os dados (UCHUNURA; BOSI, 2002).

Segundo UCHINURA e BOSI (2002), uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa e sua dimensão subjetiva, deve utilizar estratégias que permitam a apreensão dos sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. Para tanto, faz-se necessária a utilização de um método de pesquisa apropriado para análise qualitativa com foco em dimensões relevantes aos grupos de interesse que interagem com um determinado programa ou serviço.

Existem vários modelos que medem a satisfação do usuário e têm como pressuposto identificar suas percepções em relação às suas expectativas, valores e desejos. Para Donabedian (1990) a satisfação do usuário é uma dos elementos da avaliação da qualidade em saúde e, no geral, envolve condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento e tudo aquilo que o paciente considera justo ou equânime.

A literatura contempla alguns estudos com usuários, que se posicionaram quanto ao novo modelo em saúde.

Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010) avaliaram a ESF do município de Teresópolis (RJ) através da percepção de responsáveis por crianças na faixa de 0 a 5 anos por meio de questionários. Dentre os resultados, destacam-se, como positivos, o adequado acesso às consultas de rotina e a satisfação no relacionamento com os profissionais e, como negativos, as dificuldades na realização de exames solicitados e no fornecimento regular de medicamentos.

Em estudo realizado em cinco municípios da Bahia, tentou-se avaliar a satisfação de usuários da ESF com relação às seguintes dimensões do atendimento: relacional, organizacional, profissional, cognitiva. Foi possível detectar satisfação dos usuários na maior facilidade de acesso aos cuidados médicos, melhora do nível de informação sobre o processo saúde/doença, visita domiciliar como fundamental para prevenção e acompanhamento. Em contrapartida os usuários apontaram aspectos negativos como a persistência das filas e a fragilidade no sistema de referência para serviços mais complexos de assistência à saúde (TRAD; BASTOS, 2002).

Em outro estudo sobre satisfação do usuário, realizado na cidade de Ribeirão Preto, procurou-se avaliar, através de entrevistas semi-estruturadas, a aceitabilidade dos usuários quanto à oferta e prestação de assistência na ESF, abordando dimensões sobre infra-estrutura, acessibilidade, relação equipe-usuário e resolutividade. Descobriu-se haver satisfação quanto à localização geográfica das unidades e quando afetividade e atenção estavam presentes nas relações. As insatisfações estavam relacionadas a aspectos organizacionais, tais como longo tempo de espera para as consultas, agendamento em datas distantes, não distribuição de medicamentos e fechamento da unidade para reuniões de equipe (GAIOSO; MISHIMA, 2007).

Elias et al. (2006) compararam a opinião dos usuários, gestores e profissionais da saúde, em relação à ESF e Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de São Paulo, segundo as seguintes dimensões: acessibilidade, porta de entrada, serviços prestados, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional. Na opinião dos usuários, a modalidade ESF foi melhor classificada na maioria das dimensões analisadas enquanto que a UBS foi considerada melhor nos quesitos porta de entrada, acesso mais fácil aos serviços e melhor vínculo entre profissional e usuário**.**

No município de Teixeiras- MG, ao comparar os serviços de saúde após a implantação da ESF, 85,2% dos usuários relataram que houve melhoras, mostrando um elevado grau de satisfação, principalmente em relação à duração da consulta, periodicidade das visitas domiciliares e relação profissional da saúde e usuário (COTTA et al., 2005).

Se as pesquisas mostraram que os usuários estão satisfeitos com vários programas oferecidos e com a mediação do Agente Comunitário da Saúde (ACS) no seu acesso aos serviços de saúde (MEIRA, 2008), poucos são os relatos que evidenciaram uma real participação dos usuários nas políticas e programas de saúde.

Uma das metas, amplamente veiculada e enfatizada pelo novo modelo de assistência, está em incentivar a promoção à saúde, entendida como o processo de capacitar a população para exercer e aumentar o controle sobre sua saúde, tanto no aspecto individual como coletivo (SOUZA; GRUNDY, 2004). Segundo Borges e Japur (2005), a ESF foi fundamental no avanço da trajetória das organizações populacionais, na medida em que incentivou uma maior organização social dos mecanismos de representação da comunidade, fortalecendo a participação e o controle da população sobre as ações públicas. Abriu a participação da população na reformulação das políticas de saúde, dando voz, e posterior controle em nível local, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. Entretanto não se criou nenhuma linha especifica que contemplasse, na rotina, a escuta das necessidades do usuário.

O desafio atual, então, está em criar estratégias que permitam a inclusão do usuário, tanto na explicitação de suas necessidades como na avaliação dos serviços oferecidos. Para Campos (2005), preocupado com a construção da autonomia dos sujeitos, isso significa possibilitar aos participantes do programa uma ampliação de sua capacidade de interferir e de negociar com a realidade externa, reconhecendo a necessidade de determinados serviços e lutar por eles, no sentido de aproximar os serviços de seus desejos e interesses.

Partindo dessa premissa, o presente trabalho pretende dar voz a mães de crianças menores de cinco anos, usuárias da ESF, quanto ao que conhecem e percebem sobre os serviços direcionados à saúde infantil, em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo, Brasil. Os dados deste estudo pretendem ajudar na análise de aspectos organizacionais, profissionais e relacionais considerados satisfatórios e insatisfatórios por usuárias, abrindo a possibilidade de incluir suas perspectivas nas ações desempenhadas da ESF, de forma a proporcionar melhorias na qualidade do atendimento à população infantil.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Caracterizar percepções de mães e/ou responsáveis de crianças menores de cinco anos de idade, usuárias de unidades de Saúde da Família do município de Botucatu, em relação à atenção à saúde infantil em suas respectivas regiões de abrangência.

2.2 Objetivos específicos

- Apreender as percepções das mães sobre a atenção à saúde infantil contemplando aspectos organizacionais, profissionais e relacionais.
- Identificar sugestões das mães quanto a estratégias para encaminhar e solucionar suas demandas, assim como formas de implementar mudanças na assistência à saúde.
- Comparar o nível de satisfação de mães com filhos com idades entre 0 e 1 ano e entre 1 e 5 anos, quanto a atenção prestada à saúde infantil, assim como comparar a satisfação de usuárias de unidades com diferente tempo de experiência em ESF.
- Apreender a concepção e avaliação das mães quanto ao modelo tradicional e ao novo modelo de atenção em saúde.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, em que as percepções maternas foram apreendidas por meio de 4 grupos focais, composto por mães cujos filhos eram crianças menores de cinco anos , usuárias de unidades de saúde. Este tipo de abordagem segundo MINAYO (1993) é:

> (...) aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, aquela que trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (p.21-22)

3.2 Cenário de Investigação

O estudo foi levado a cabo no município de Botucatu, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2007, estimou 121.555 habitantes. Está localizado na região centro-oeste do estado de São Paulo, 240 Km distante da capital. Sua extensão é de 1.522 Km^2, com área urbana de 154 Km^2. Em sua atividade econômica, há um predomínio do setor terciário (serviços), seguido pelo secundário (industrial) e, por último, o primário (agricultura) (SPAGNUOLO, 2006).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma forma padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população avalia que o município de Botucatu está entre as regiões consideradas de alto nível de desenvolvimento humano com um índice de 0,822, no ano de 2000. Em relação aos outros municípios do Brasil, Botucatu apresenta uma colocação considerada boa (202ª posição), sendo que 5305 municípios (96,4%) estão em situação pior ou igual (ATLAS, 2008). No que diz respeito aos indicadores de mortalidade, entre os anos de 2007 a 2009, a taxa de mortalidade infanil passou de 13,14 para 10,64 (BRASIL, 2010d).

Apesar dessa avaliação, no período de 2003 a 2007, os coeficientes de mortalidade infantil diferiram quando se levou em conta as diferentes áreas de abrangência. Se o

coeficiente médio de mortalidade infantil no município foi de 10,9 algumas áreas apresentaram coeficientes bem mais altos como o Jardim Peabiru (23,5), Jardim Santa Elisa (22,3), CECAP (19,8), São Lúcio (17,5), Jardim Cristina (19,9) e Cidade Jardim (11,6) indicando que nestas regiões se concentravam bolsões de pessoas mais carentes. Os valores mais baixos do coeficiente foram encontrados nas áreas do Centro de Saúde Escola da Vila Ferroviária e da vila dos Lavradores com índices de 4,3 e 1,3 respectivamente (CARANDINA; ALMEIDA, 2008).

Em relação aos serviços de saúde o município de Botucatu conta com (SPOGNUOLO, 2006):

- 17 unidades prestadoras de serviços de Atenção Básica à Saúde, do setor público;
- 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- 01 Ambulatório Regional de Especialidades (ARE);
- 02 Hospitais de nível terciário;
- 01 Hospital de nível secundário;
- 01 Hospital Psiquiátrico.

O processo de implantação da ESF em Botucatu teve início a partir de Dezembro de 2001, pela Secretaria Municipal de Saúde, com participação de profissionais de saúde e de lideranças comunitárias. A ESF tem seu início efetivo, no município, em maio de 2003, e seu crescimento pode ser definido em duas etapas (I e II). Na etapa I aconteceram as contratações e a composição das oito equipes planejadas, em regiões com dificuldade de acesso à rede municipal de saúde. Na etapa II, com o Projeto de Expansão da ESF, o município ampliou suas equipes para um total de dez: Unidade de Saúde da Família (USF) do Jardim Aeroporto, USF da Cohab III/ César Neto, USF de Rubião Júnior e área rural de Rubião, USF de Vitoriana, USF do Parque Marajoara, USF do Jardim Santa Elisa, USF do Jardim Iolanda e as equipes da USF do Jardim Peabiru I e II. Esta última faz parte da etapa II do Programa de extensão da ESF (SPOGNUOLO, 2006).

Foram selecionadas duas unidades de Saúde da Família do município de Botucatu com características de formação distintas, uma mais recente, que sofreu o processo de substituição do modelo tradicional, para o modelo atual da ESF no ano de 2006 (USF 1) e outra seguindo o modelo da ESF desde sua inauguração, em 2003, e com um período maior de existência (USF 2).

Segundo dados da pesquisa Botucatu em Dados (2008), no período de 2000 a 2007 a taxa de crescimento geográfico da USF 1 foi de 1,07% e da USF 2 de 3,36%. Segundo a pesquisa, os dados da distribuição da população residente nas áreas de abrangência segundo idade e sexo sugeriram a existência de uma maior taxa de natalidade e menor presença de idosos em sua composição nas duas USF. No ano de 2007, a população residente na área de abrangência da USF 1 era de 7.080 habitantes, enquanto que a USF 2 contava com 4.226 habitantes (CARANDINA; ALMEIDA, 2008).

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 23 mães de crianças menores de cinco anos de idade, usuárias das respectivas unidades de Saúde da Família. Puderam participar todas as mães que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I) e tiveram disponibilidade nas datas agendadas. As mães de crianças com idade até 1 ano compuseram um grupo e as maiores de 1 até 5 anos de idade outro grupo.

A divisão dos grupos por essas faixas etárias deveu-se às diferenças de atendimento preconizadas pelos serviços de saúde e pelo próprio Ministério para as diferentes idades. No primeiro ano de vida, configuram-se as ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e para o alcance de melhor qualidade de vida, com maior número de consultas médicas e de enfermagem, como de outras ações, tais como o acompanhamento do recém-nascido de risco, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável e atenção às doenças respiratórias e infecciosas, estipuladas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. (BRASIL, 2005a).

3.4 Procedimentos

a) Seleção dos participantes

Em um primeiro momento, foi realizado um grupo focal piloto, com mães de crianças com idades entre 0 e 5 anos, em uma terceira USF, para aperfeiçoamento da forma de convocação dos participantes, da condução das discussões e treinamento do moderador do grupo.

Para obtenção dos dados foram realizados dois grupos focais, em cada uma das duas unidades de Saúde da Família escolhidas. Em cada unidade, um dos grupos foi composto por

mães de crianças com até 1 ano de idade e o outro por mães de crianças com idades entre 1 e 5 anos. Na USF 1, o primeiro e o segundo grupo foram compostos por 5 participantes, enquanto que na USF 2, o primeiro grupo foi composto por 11 participantes e o segundo grupo por 3 participantes.

A convocação das mães ou responsáveis pela criança usuária das unidades escolhidas foi feita através de convites individuais, entregues aos ACS da unidade, para serem distribuídos às mães ou responsáveis pelas crianças de suas respectivas micro-áreas, obedecendo ao critério de idade da criança discriminado para cada grupo. Anteriormente, tanto a enfermeira como todos os ACS das unidades selecionadas, foram convidados para uma reunião em que foi explicado o objetivo da pesquisa, os grupos focais e outros esclarecimentos necessários.

A composição final dos grupos contou com mães que receberam o convite e tiveram disponibilidade de comparecer, assim como por mães que estavam na unidade, aguardando seus respectivos atendimentos, no momento de realização do grupo focal, que atendiam aos requisitos mencionados e aceitaram participar.

b) forma de coleta de dados: grupo focal

O grupo focal, segundo Krueger (1988) é uma técnica de pesquisa qualitativa que pode ser utilizada no entendimento de como se formam diferentes percepções acerca de um fato, prática, produto ou serviços. Pode ser empregado tanto para avaliar um tema específico, deixando emergir as diferentes visões sobre o foco, como para apreender as diferentes visões de mundo ou determinados temas, ou mesmo compreender, em profundidade, porque determinado grupo assume um comportamento específico. Tipicamente, o grupo focal é composto, em média, por seis a dez participantes, que não são familiares uns dos outros. Os participantes são selecionados por apresentarem certas características em comum, que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado (CARLINI-COTRIM, 1996; RESSEL; GUALDA; GONZALEZ, 2000).

Nesta pesquisa o número de participantes por grupo variou de 3 a 11 pessoas e os grupos duraram aproximadamente uma hora.

Para conduzir os trabalhos contou-se com um moderador que procurou cobrir os tópicos de interesse, contando com a presença de um assistente ao qual coube observar a conduta do grupo, auxiliar na anotação de acontecimentos importantes e, eventualmente, intervir na condução do grupo (KITZINGER, 2000).

Alguns assuntos neutros como lazer em Botucatu e especulações sobre tempo foram abordados antes de se chegar à abordagem da temática principal. A seguir, os objetivos do trabalho eram expostos e se iniciava a discussão, colocando questões norteadoras que estimulavam os participantes a falar sobre a atenção prestada à saúde infantil, pelas suas respectivas USF (Anexo II).

Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e transcritas integralmente.

3.5 Análise dos dados

Neste estudo, para caracterizar as concepções (significados) que as mães tinham sobre a atenção aos seus filhos menores de cinco anos de idade da USF de sua abrangência, o tratamento dos dados foi feito por meio de Análise de Conteúdo Temática que permitiu a identificação de três temas.

Segundo Bardin (2003), a análise de conteúdo pode ser entendida como:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p.42)

De acordo com essa proposta, a análise envolveu 3 fases: 1- pré-análise, 2- exploração do material e 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, foram realizadas várias leituras das transcrições literais das falas maternas, sem se prender, ou tentar interpretar os dados a partir de categorias prévias, classificações ou temáticas, com objetivo de reconhecer as idéias do texto e assim orientar a análise dos dados.

Na fase de exploração, procuraram-se temas que emergissem das falas maternas, assim como alguns já sugeridos pela literatura. Os dados brutos foram recortados através de frases das entrevistas que subsidiaram os temas e sub-temas. No final resultaram 3 temas com alguns sub-temas:

Tema: Organizacional - Trata-se dos aspectos de organização e localização dos serviços e recursos de saúde.

1- Localização da unidade
2- Oferecimento de serviços
    a. As consultas de rotina
    b. O pronto-atendimento
3- Recorrer a serviços secundários e terciários
4- Integração entre os serviços de referência e contra-referência
5- O tempo de espera
6- A necessidade de pediatra
7- Os recursos materiais

Tema: Profissional e Relacional - Trata-se da avaliação que os usuários fizeram sobre o atendimento dos profissionais e das relações estabelecidas com eles.

1- O Agente Comunitário de Saúde
2- O enfermeiro
3- O papel do médico
4- Relacionamento com os profissionais da unidade

Tema: Modelos de Atenção - Conhecimento dos modelos de atenção básica de saúde e das formas de implementar possíveis mudanças

1- A comparação dos dois modelos
2- Formas de viabilizar mudanças

Na fase de análise dos resultados, procurou-se estabelecer relações entre as verbalizações maternas e a fundamentação teórica.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina "Júlio de Mesquita Filho" de Botucatu. Os participantes do estudo foram orientados em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa seguiu a Resolução 196/96, sobre Aspectos Éticos da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, a qual implica aos indivíduos-alvo na autonomia com aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; vantagens significativas e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, além da garantia de que danos previsíveis seriam evitados (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Apresentação dos grupos

O primeiro grupo focal foi realizado na USF 1, inaugurada em maio de 2006, como ESF. O grupo foi composto por uma avó (acompanhante) e quatro mães de crianças com idade entre 0 a 1 ano. Nenhuma das mães referiu utilizar serviços de saúde privado. Das cinco participantes, quatro tiveram contato com o modelo de atenção anterior ao da ESF. Duas haviam sido convidadas através de convite entregue pelos ACS, as outras três foram convidadas a participar do grupo no dia da realização, antes de seus atendimentos na unidade. Este grupo focal teve duração de 50 minutos.

Tabela 1 – Características dos participantes do grupo 1 - USF 1

MÃE	IDADE	ESCOLARIDADE	N° DE FILHOS	IDADE FILHOS
G1a	26 anos	Médio completo	2	8 meses; 10 anos
G1b	17 anos	Médio incompleto	1	4 meses
G1c	26 anos	Fundamental completo	1	4 meses
G1d	21 anos	Médio completo	1	10 dias
G1e*				

*Acompanhante, mãe de G1b.

O segundo grupo contou com cinco mães de crianças com faixa etária entre 1 e 5 anos, usuárias da USF 1, inaugurado em maio de 2006 como ESF. Nenhuma das mães relatou utilizar serviços privados de saúde. Das cinco mães, somente uma não teve contato com o modelo de atenção anterior ao da ESF, assim como somente uma relatou já ter participado de um grupo similar, de avaliação de serviço, em outra USF. Quatro mães haviam sido convidadas via convite entregue pelo ACS e uma foi convidada a participar enquanto estava aguardando atendimento da unidade. Este grupo focal teve duração de 1 hora e 10 minutos.

Tabela 2 – Características das mães do Grupo 2 - USF 1

MÃE	IDADE	ESCOLARIDADE	N° DE FILHOS	IDADE FILHOS
G2a	22 anos	Médio completo	2	4 meses; 4 anos
G2b	17 anos	Médio completo	1	1 ano
G2c	21 anos	Fundamental incompleto	2	1 ano; 5 anos
G2d	20 anos	Fundamental incompleto	2	2 anos; 9 meses
G2e	21 anos	Fundamental incompleto	1	1 ano

O terceiro grupo contou com a participação de onze mães de crianças de até 1 ano de idade, usuárias da USF 2, inaugurada em 2003 como ESF. Nenhuma das mães relatou utilizar serviços privados de saúde, assim como nenhuma referiu ter participado de grupo similar. Todas as mães deste grupo foram convidadas via convite entregue pelo ACS. Este grupo teve duração de 1 hora.

Tabela 3 – Características das mães do Grupo 3 - USF 2

MÃE	IDADE	ESCOLARIDADE	N° DE FILHOS	IDADE FILHOS
G3a	20 anos	Médio completo	1	1 mês
G3b	26 anos	Médio completo	1	7 meses
G3c	30 anos	Fundamental incompleto	5	12 anos; 9 anos; 7 anos; 4 anos; 4 meses
G3d	21 anos	Médio incompleto	2	3 anos; 4 meses
G3e	29 anos	Fundamental incompleto	3	11 anos; 7 anos; 2 meses
G3f	24 anos	Fundamental incompleto	1	3 meses
G3g	16 anos	Médio incompleto	1	4 meses
G3h	21 anos	Médio completo	1	2 meses
G3i	25 anos	Fundamental completo	4	8 anos; 6 anos; 1 ano; 1 mês
G3J	19 anos	Médio completo	1	9 meses
G3k	15 anos	Fundamental completo	1	8 meses

O quarto grupo foi composto por três mães de crianças com idades entre 1 e 5 anos, usuárias da USF 2, inaugurada em 2003 como ESF. Nenhuma das mães referiu utilizar serviços privados de saúde e ter participado de grupo similar anteriormente. Somente uma das participantes referiu ter sido usuária de outra USF do município (Jardim Santa Elisa). Uma mãe havia sido convidada por convite entregue pelo ACS e as outras duas foram convidadas a participar enquanto estavam aguardando atendimento da unidade. Este grupo focal teve duração de 1 hora e 10 minutos.

Tabela 4 – Características das mães do Grupo 4 - USF 2

MÃE	IDADE	ESCOLARIDADE	N° DE FILHOS	IDADE FILHOS
G4a	23 anos	Médio completo	2	3 anos; 2 meses
G4b	20 anos	Médio completo	1	3 anos
G4c	33 anos	Médio completo	2	2 anos; 3 anos

Serão apresentados, a seguir, os conteúdos das verbalizações maternas e sua discussão, nos 3 eixos temáticos identificados. Cada tema englobou os núcleos de sentido que o compõem, e para ilustrar, foram incluídas as respectivas unidades de registro (recortes dos depoimentos), identificando a mãe pelo grupo a que pertencia e por uma letra identificatória.

Tema: Organizacional

Localização da unidade: *"Pra mim é ótimo, sou vizinha!"*

Segundo o Ministério da Saúde (1990), para contemplar a regionalização, fator fundamental de um modelo de saúde público e universal, as unidades de saúde precisam estar distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho e moradia dos usuários, e levar em conta condições de transporte que facilitem seu acesso.

A localização das unidades, perto do lugar onde as famílias moravam, foi o ponto melhor avaliado por todas as mães, pois, segundo elas, permitia uma economia de tempo para se deslocar até o serviço de saúde e facilitava o acesso rápido, quando se necessitava de pronto atendimento.

Na unidade 2, as mães não só verbalizaram que estavam satisfeitas com o fato de poder contar com uma unidade próxima, como reiteravam que as unidades precisam estar localizadas em lugares estratégicos, acessíveis a todos os moradores dos bairros de abrangência, facilitando o acesso de todos os usuários. Para elas, isso facilita o comparecimento nas consultas de rotina, e favorece a boa adesão ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

> *"Tá ótimo, por que tem três bairros, eu acho, que são atendidos aqui né? Flamboyant, Iolanda e o Monte Mor né, e ficou bem perto aqui para os três."* (G4b)

Na unidade 1, as mães destacaram como a localização facilitava os atendimentos, especialmente quando se tratava de intercorrências.

> *"Por que é perto de casa, né? Por causa que quando ela ta queimando de febre aí fica mais perto..."* (G2a)

> *"E aqui eu trago porque é mais perto de casa, que nem hoje, ela estava com febre, como é que eu ia levar as duas na UNESP? Ai eu falei – Não, eu vou no posto. E assim, ta bom, demora um pouquinho, mas atende! Mas eu prefiro mais a UNESP."* (G2d)

O adequado acesso geográfico pareceu um fator de fundamental importância, visto que eram mães de crianças em uma idade em que a incidência de doenças é alta, quando comparada com outras faixas etárias. Segundo o sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS), no período de janeiro a julho de 2010, no município de Botucatu, houve 805 internações de crianças menores de um ano, 400 com afecções originárias do período neonatal, 147 com doenças do sistema respiratório, 46 com doenças do sistema digestivo e 45com doenças infecciosas e parasitárias. O número de internações decresceu nas crianças entre 1 a 4 anos, com um total de 542 internações. Nesta faixa etária, além de continuar havendo grande incidência de doenças do aparelho respiratório (166), digestivo (59), genitunirário (41) e por doenças infecciosas e parasitárias (36), já aparecem internações devidas a causas externas como lesões e envenenamento (42), quando é preciso recorrer ao atendimento médico de urgência (BRASIL, 2010b).

Oferecimento de serviços

- **As consultas de rotina:** *"Eu trago aqui para acompanhar o crescimento."*

As mães reconheciam que a unidade de saúde era o local privilegiado para acompanhar a criança saudável, monitorando o peso e altura e providenciando as vacinas, assim como exames laboratoriais de rotina: sangue, fezes e urina. Algumas tinham conhecimento da periodicidade necessária nas consultas do primeiro ano de vida e da necessidade de maior vigilância do peso (semanal), em casos de desnutrição, quando as crianças são consideradas de risco.

> *"Só quando é pra consultar ou pra pesar, pra vacinar, que nem minha mãe fez com a gente, comigo quando eu era criança."* (G1b)

> *"... E aqui eu trago ele no posto só pra peso e quando ele tem que tomar vacina, essas coisas. É só pra isso que eu trago, é muito difícil."* (G2b)

> *"Eu trago aqui para acompanhar o crescimento. Desde quando ele nasceu primeiro é de mês em mês, depois passa de dois em dois meses, depois passa de seis em seis. Então, eu trago aqui mesmo pra acompanhar o crescimento... aqui eu trago ele pra ver se tá tudo certo, estatura, peso."* (G3d)

As mães pareciam ter consciência da importância de acompanhar periodicamente o crescimento e desenvolvimento da criança, uma das ações básicas priorizadas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) do MS, para incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. A avaliação periódica do ganho de peso permite identificar aquelas com maior risco de morbimortalidade, prevenindo precocemente a desnutrição e promovendo o crescimento infantil. Da mesma forma, a avaliação neuropsicomotora ajuda a localizar criança com risco para o desenvolvimento, inserindo-as nos programas de intervenção (BRASIL, 2002a).

Dentro dessa perspectiva, em vários municípios brasileiros foram criados programas específicos para acompanhamento de crianças. Em Botucatu/SP, por exemplo, foi implantado o Programa Crescer Feliz, com o intuito de identificar e priorizar as crianças que deveriam

receber visita domiciliar pela equipe da unidade de saúde de referência logo após seu nascimento. O programa prevê visita domiciliar ao recém-nascido classificado como de risco, desenvolvida por equipe treinada e composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos pediatras e assistente social, nos primeiros dez dias de vida da criança. Deve seguir-se um acompanhamento especial nas unidades de saúde, até que o risco desta criança seja nulo. Para a classificação do recém-nascido de risco, foram levantadas, no estudo, algumas variáveis, dentre elas idade gestacional ao nascimento, peso ao nascer, necessidade de UTI/UCI ao nascer, existência de má formação congênita, entre outras. Além destas, outras variáveis referentes à internação no 1º ano de vida, ao acompanhamento da criança na unidade de saúde e caracterização das mães dos recém-nascidos foram estudadas. Para a classificação do risco, as variáveis foram biológico, social ou ambos, área de risco pré-estabelecida, recebimento de visita domiciliar e data da visita (LUQUE, 2008). Possivelmente, quando algumas mães verbalizavam a necessidade de controle do peso da criança periodicamente, estavam se referindo a este programa.

> *"A minha eu trago toda semana para pesar. Ela faz acompanhamento de peso."* (G3j)

No grupo de crianças maiores as mães lembraram outros serviços que a unidade oferece, como consultas odontológicas.

> *"Eu também, consulta, dentista... algum tipo de exame."* (G4b)

Segundo a Agenda de Compromissos para Atenção Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005), para crianças maiores de 1 ano, as principais linhas de cuidado devem centrar-se em prevenir o aparecimento de doenças prevalentes (desnutrição, diarréias, anemias carenciais e doenças respiratórias) e incentivar programas mais direcionados ao desenvolvimento de saúde coletiva em instituições de educação, como creches e pré-escolas, com foco na saúde bucal, mental, triagem auditiva, oftalmológica e a educação infantil.

No que toca à saúde oral, o programa criado em 1989, prioriza o combate à cárie dentária. Experiências importantes foram desenvolvidas em alguns estados e municípios na integração com as escolas e, mais recentemente, o odontólogo foi inserido na equipe da ESF, abrindo oportunidade para a interiorização da atenção odontológica (LUQUE, 2008). Especificamente, em relação às duas unidades desta pesquisa, apenas a unidade 2 desenvolvia

o programa de educação em saúde bucal, ao lado de vários outros programas de prevenção e promoção à saúde como vacinação, orientação quanto ao aleitamento, desnutrição, obesidade (CASTANHEIRA, 2007).

A grande maioria das mães não identificou nenhum problema com relação ao acesso à consulta médica de rotina, quando tinham horário agendado, mas, dependendo da unidade as mães reclamaram do espaçamento das consultas. Especialmente as mães de crianças menores de 1 ano, da unidade 1, opinavam que para um melhor acompanhamento da saúde da criança as consultas para esta faixa etária deveriam ser mais freqüentes, sem intervalos longos, principalmente após os seis meses de vida, quando, segundo recomendações do Ministério, aumentam os intervalos entre as consultas.

> *"Eu só não entendo uma coisa. É que os nenenzinho é tudo pequenininho, né? Aí eles marcam, que nem o IC. né, eu acho que ele consultou duas vezes, agora a consulta dele foi marcada pra daqui dois meses. Aí eu não entendo, porque se ele tem alguma coisa a gente quer conversar com o médico pra sabe né..."*(G1b)

> *"Eu acho que devia ser a cada trinta dias, pra acompanhar o peso, o tamanho, e se a criança começa a ficar obesa? Como é que a mãe vai sabe, em seis meses?"* (G1a)

O calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, proposto pelo Ministério da Saúde, é de sete consultas até o primeiro ano de vida, a primeira até os 15 primeiros dias de vida, consultas mensais até os 6 meses, a sexta consulta aos 9 meses e a sétima ao completar 1 ano. No segundo ano são preconizadas duas consultas, sendo uma aos 18 meses e outra aos 24 meses. A partir do terceiro ano preconiza-se uma consulta por ano até os 10 anos de idade (BRASIL, 2005b). Essa agenda de acompanhamento tem como objetivo principal identificar prontamente as doenças de maior prevalência para essa faixa etária, pneumonia e a diarréia associadas à desnutrição, para adotar ações integradas de controle da mortalidade e morbidade (BRASIL, 2002a).

As reclamações das mães pareceram procedentes. Uma avaliação dos atendimentos dos recém-nascidos de risco na unidade de atenção básica, do Programa Crescer Feliz, constatou que das 298 crianças de risco acompanhadas até o primeiro ano de vida, 62%

tiveram uma ou mais consulta, 55% um ou mais atendimentos eventuais e 17,8% somente atendimentos eventuais (LUQUE, 2008).

No entanto, com esses dados não é possível identificar se o número reduzido de atendimentos de rotina se devia a pouca oferta de agendamentos da unidade ou a faltas nas consultas agendadas. Se, de forma geral, se sabe que o absenteísmo é bastante alto nas unidades do município, por outro, as mães relatavam muita dificuldade ou mesmo impossibilidade em conseguir marcar consultas. Dependendo da unidade, elas levantavam hipóteses diferentes para explicar a dificuldade de agendamento. Na unidade 1, a dificuldade de acesso era justificada pela alta demanda para consultas por parte dos usuários e pelo estabelecimento de horários, bastante restritos para poder agendar a consulta, especialmente para quem trabalha ou tem que cuidar da casa e dos filhos. Na unidade 2, pela existência de apenas um médico para um atendimento com alta procura.

> ***"****Eu nunca consigo marcar uma consulta pro meu filho. Ele só passou quando assim, ele tá doente, mas consulta mesmo eu num consigo marcar, é sempre – Ai, a agenda está lotada! Ai num sei o quê!"* (G2c)

> ***"****E pra você marcar uma consulta num pode ser qualquer horário, tem que ser na hora do posto. Eu acho errado, uma hora, e quem trabalha? Pra marcar uma consulta? E às vezes você tá com as crianças. Como você faz? Depois que eu deixava na consulta né, que eu vim trocar de remédio, depois que eu tive ela, por que ela parou de amamentar e num vale mais, né? daí eu vim e falei – Ah, eu quero marcar uma consulta pra minha filha – Aí, só depois da uma hora - Isso era quase onze horas – Aí eu falei- Nossa, num pode marcar? – aí ela falou- Não, tem que ser uma hora. Uma hora você vai ali na portinha e você pega."* (G2d)

> *"Talvez seja por que só tem um médico, talvez isso seja o problema de o agendamento ser tão longo. Por exemplo, pro M.V., pra eu consegui essa consulta dele de hoje de manhã, nós tivemos que esperar mais de um mês e meio. E a gente vai levando no pronto socorro, aí traz ele aqui, ou vai se virando em casa do jeito que pode pra ele conseguir*

> *respirar, e vai levando do jeito que dá! né? Até conseguir chegar no dia da consulta."* (G4c)

Para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, o acesso e acolhimento são elementos essenciais (RAMOS; LIMA, 2003). As reclamações maternas parecem confirmar que no atendimento à criança de 0 a 5 anos, a ESF ainda era excludente, pois a organização do processo de trabalho das unidades e a oferta de recursos humanos disponibilizada, não proporcionava total acolhida à população. Nenhuma das unidades estudadas, por exemplo, facilitava a remarcação de consultas, visto que não havia reagendamento automático para as crianças até dois anos quando ela faltava ao seguimento na puericultura e, para conseguir novamente uma vaga, a criança tinha que enfrentar toda a demanda da unidade para consultas médicas agendadas (CASTANHEIRA, 2007).

Resultados semelhantes foram observados por Stralen (2008) e Schimith e Lima (2004). No estudo de Stralen (2008), ao comparar algumas dimensões dos atendimentos em unidades tradicionais e no ESF, os profissionais e usuários entrevistados avaliaram que o acesso era baixo em ambas, com maior prejuízo nas unidades de Saúde da Família. O autor conclui que a introdução da estratégia não implicou em melhoria de acesso porque há excesso de demanda por serviços nas unidades de ESF, quase sempre implantadas em bairros com baixas condições socioeconômicas.

Da mesma forma Schimith e Lima (2004), ao investigarem o potencial de acolhimento e de construção de vínculo entre profissionais e usuários de uma USF do Rio Grande do Sul, constataram que a dificuldade de acesso da população, principalmente ao atendimento clínico, se relacionava com a organização do processo de trabalho, atendimento centrado no médico, gerando filas e agenda lotada. Concluem que em um novo modelo de atendimento em saúde, o processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com a maioria da demanda.

As mães das duas unidades com crianças maiores de um ano também reclamavam da larga periodicidade das consultas de rotina e do agendamento em datas distantes, após a criança completar um ano de vida. Mesmo as mães da unidade 2, que tinham uma postura mais consciente e reconheciam que a necessidade do cuidado mais intenso devia ser reservada para crianças menores de 1 ano, se queixavam da mudança abrupta quando a criança completava um ano.

> *"... quando é novinho, a consulta é de mês em mês né? E quando já está maior eu acho que já não precisa dos mesmos cuidados do pequenininho, por que nos primeiros meses que é mais importante. Então eu acho que eles têm um carinho, um cuidado mais especial. Num é uma diferença, eu acho que é o cuidado obrigado."* (G4a)

> *"A minha menina, ela vai fazer 4 anos agora, ela faz um tratamento por que ela tem quatro anos e ela não engorda, não sai dos 11 quilos. Daí, duas vezes agora, fizeram um tratamento de verme, mandaram pra setembro, mandaram marcar a consulta dela pra setembro... Até agora, desde o ano passado, num sabe o que ela tem por que ela não engorda, tá acontecendo, deu um remédio de verme - Vai pesando aí, vai pesando e em setembro você volta pra resolve se vai...- Quer dizer, se for alguma coisa séria, vai ficar sabendo quando? Eles falam que se a criança por acaso ficar doente, pode vim pegar uma extra, mas é difícil passar, né?"* (G2a)

A insatisfação das mães com relação à necessidade de atendimento e acompanhamento médico pode estar relacionada à insegurança das mesmas com os cuidados da criança com idades entre 0 a 5 anos, em um contexto familiar nuclear e restrito, onde se conta cada vez menos com a presença dos mais velhos (mãe, sogra) para orientar na forma de educar e cuidar dos filhos. Mas, fica clara também que a insatisfação pela qualidade dos serviços prestados na puericultura e falta de resolutividade dos problemas é o que mais conferem insatisfação.

No contexto sócio familiar, a mãe é considerada a cuidadora primária da criança, com participação efetiva no seu cotidiano e responsável por sua educação e, no caso de doença, por procurar tratamento e seguir as prescrições (ALMEIDA et al., 2006). Frente à falta das figuras de referência tradicionais e aos sucessos da medicina científica apregoados pela mídia, recorre aos profissionais da saúde, com consultas rotineiras, para receber orientações e feed-back de suas ações (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 2000). Os autores consideram que, nos dias de hoje, se está frente a uma inflação da procura médica, com um deslocamento de demandas que em outras épocas eram dirigidas a familiares mais velhos, padres, vizinhos, comadres, etc., como uma forma de compartilhar as incertezas paternas.

➢ **O pronto-atendimento:** *"... criança não escolhe o dia de ficar doente."*

As maiores reclamações, entretanto, foram dirigidas à dificuldade de conseguir pronto atendimento aos casos que elas denominavam urgências, febre alta, diarréia, vômitos, choros intermináveis e convulsões, casos que, em sua maioria, não eram necessariamente graves, mas com os quais elas não sabiam lidar. Especificamente, as mães de crianças maiores de 1 ano da unidade 2, chegaram a explicitar que elas recorriam ao atendimento devido a experiências que haviam vivenciado no passado, quando essas doenças, mais rotineiras, se complicaram e levaram a quadros graves.

> *"Ah, eu acho que diarréia muito forte também, eu já trouxe ela por causa disso, por que ela tava com uma diarréia muito forte."* (G1a)

> *"No meu caso é uma febre, por que isso a minha filha tem. Eu tenho um termômetro que eu vou medindo a febre dela, não pode passar por que ele tem convulsão. Ela só teve uma vez apenas até agora, então, por mais que pode ser que não ocorra nunca mais, pra mim já é um estado de choque, eu já começo a ficar nervosa. Então, eu já tenho que levar. Eu dou o remédio em casa, eu espero passar o efeito, se eu ver que não deu efeito eu já levo."* (G4b)

> ***"****Pra mim é febre e vômito. Eu tenho pânico de vômito. Agora, ele nunca mais teve não, mas quando ele tinha febre ele vomitava, e eu já ficava assustada já."* (G4a)

Frente a esses quadros, as mães acorriam ao serviço para conseguir atendimento de consulta denominada eventual ou extra. Faz sentido as mães procurarem, nesses momentos, a unidade. De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências do MS, todas as unidades de saúde devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências, até a viabilização, se necessária, de transferência para unidade de maior porte. Embora evento raro, a urgência pode ocorrer, sendo obrigatório que a equipe saiba em que ambiente da unidade se encontram os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao pronto atendimento (LUQUE, 2008).

Tanto as mães de crianças menores de 1 ano de idade, como as mães de crianças maiores, das duas unidades estudadas, demonstraram muita insatisfação com relação a esse

tipo de atendimento pela alta demanda, escassa oferta de profissionais médicos, principalmente pediatras, e falta de horários disponíveis devido aos horários de funcionamento da unidade durante a semana. Parece que as mães queriam disponibilidade permanente de médicos para consultas eventuais, visto que, segundo elas, a criança não escolhe horário para ficar doente e ter dor.

> *"Porque se a criança tá doente e vem à tarde eles não atende, porque tem que vim de manhã... Ah, eu acho que criança eles deveriam atender qualquer horário e não só de manhã."* (G1d)

> *"O que tá faltando, não que... num tenho nada contra, mas olha, falta pediatra mesmo e criança na época do frio só tem extra de manhã. É ruim por que... e à tarde só tem de segunda feira, e criança num escolhe o dia de ficar doente, né? E de quarta feira de tarde o posto não é aberto."* (G2e)

> *"É um absurdo por que acho que aqui deveria ter médico com freqüência. Teve médico hoje de manhã, hoje à tarde já num tem. Se tem uma criança passando mal, tem que ir pro pronto socorro, aí num pode vir aqui."* (G4a)

> *"E porque o posto de saúde fechar na sexta meio dia? Eu acho que o prefeito ele paga de segunda à sexta, das sete até as cinco, então não é pra fechar meio dia – Ah, mas é pra resolver os assuntos do posto – Olha, o problema é de vocês, a gente num tem horário pra ficar vindo depois do expediente."* (G3d)

Os horários de funcionamento das unidades foram criticados de forma geral. As mães reclamavam que, além de prejudicar o agendamento de consultas, eles dificultavam a retirada de medicamentos da farmácia e, eram responsáveis pelo longo tempo de espera para o atendimento. Se, por um lado, se esperava que a população tivesse complacência com os atrasos dos profissionais e a pouca oferta de horários de atendimento, quando se tratava de atrasos dos usuários, havia rigidez no cumprimento das regras e muita intolerância.

> *"E que nem, de quarta feira meio dia o povo já sai pra reunião, né? E às vezes a gente vem aqui e precisa de um remédio e num tem ninguém na farmácia, se precisa marcar uma consulta num tem ninguém ali, por que tão tudo ali no pátio, tão tudo lá conversando. Pra que conversando em dia de serviço, de quarta feira? Fecham meio dia e ficam o dia inteiro, a tarde, conversando. ...quarta feira."* (G2c)

> *"Só que se for um caso de emergência, depois das 8 eles num atendem. Se a criança tiver um piripaque..."* (G3j)

> *"Quando é marcado, marcam para às 10:30, é isso que eu num gosto, foi bom você falar nisso, se marca pras 10:30 e você chega às 10:30, você vai ser atendido 11:00. Se marca 10:30 e você chega 10:35, já passou a consulta."* (G4a)

> *"Já passou e você não pode mais ser atendido. Ou se não, já aconteceu comigo de eu chegar um pouco atrasada e ele me passar por último, depois que todos já tivessem passado, ou se não eles remarcam a consulta."* (G4b)

Da leitura desses relatos se depreende que às deficiências estruturais se somava um excesso de regras e rigidez em seu cumprimento. Segundo Carvalho e Campos (2000) para que se considere que uma unidade de saúde tem um acesso satisfatório é preciso, em primeiro lugar, que ela tenha uma abertura dos serviços para a demanda e responsabilização para todos os problemas de saúde da região. Deve também ter plasticidade, isto é a capacidade de adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor responder aos problemas, adequando-se a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária.

As próprias mães sugeriram algumas formas de atenuar a longa espera como, por exemplo, uma sala com brinquedos para as crianças, com atividades recreativas, como já ocorreu na unidade em outra época. Lembraram, também, da possibilidade de contar com um funcionário, para tomar conta dos outros filhos, enquanto a mãe entrava na consulta com um deles.

Recorrer a serviços secundários e terciários: *"Mas eu prefiro mais a UNESP."*

Se as mães referiam preferência por acorrer, em primeiro lugar, à unidade do bairro, frente a experiências mal sucedidas em conseguir atendimento em casos de intercorrência, as mães das duas unidades optavam por encaminhar seus filhos diretamente aos serviços de referência secundário e terciário. Esse comportamento confirma as colocações de Adami (1993), para quem a proximidade geográfica entre a moradia do cliente e o serviço de saúde, não se constitui no elemento central determinante da escolha, se este fator não significar garantia de atendimento.

> *"Ai, aqui eu num encaminho, eu levo direto pra UNESP, pro bairro... Já vou direto pra lá."* (G1a)

> *"Eu venho aqui! Porque sempre eu espero amanhecer aí eu venho aqui. Aí se num for aquilo que eu queria, eu vou ou pro Bairro ou pra UNESP. Eu num espero não, por que a minha filha teve muita pneumonia, eu vejo que... Tem vez que tem muito aquilo lá, mas tem esperar dois, três dias que nem minha filha, uma criança, ela num sabe falar, e eu num sei o que tem dentro dela. Então eu num espero não."* (G2e)

> *"Eu normalmente penso na UNESP, por que aqui, às vezes, a gente vem num horário que não é o horário de médico. Aí eles falam que hoje num tá atendendo, hoje não tem eventual. Então, eu já penso em ir pro pronto socorro, por que essas coisas não têm hora pra acontecer..."* (G4b)

> *"Aí se lê ali que só atende caso urgente, daí você vem com um caso urgente, chega aqui o posto tá fechado, eu vou fazer o que? Então, vai pro Sorocabano."* (G3e)

Em alguns casos, as mães optavam por levar a criança primeiramente ao hospital secundário do município, mais próximo de suas moradias, apesar de saber que poderiam

encontrar outras dificuldades como não ter um médico pediatra de plantão e o hospital questionar porque não haviam utilizado a unidade de atenção primária. Somava-se a conseqüente intolerância e má-vontade do serviço em atender casos que consideravam responsabilidade da unidade.

> *"Você vai lá pro bairro, a criança estava ruim, desmaiando, você vai direto pro bairro, né? Aí eu cheguei lá e a médica disse – Não, mas você tem que ir direto pro posto, que num sei o que – E eu levei ele e ela falou assim – Olha, se você ver que ele não vai melhorar, leva direto pro posto – Mas, se eu já to trazendo ele aqui por que lá num tem médico... falei pra médica do bairro isso... Eu num tenho como ir pra UNESP, eu vou ao Sorocabano e ainda sou obrigada a escutar isso pra num passar meu filho, e aí o quê que eu faço?... Muitas vezes eles pensam que aqui funciona até 6 horas, e você vem aqui 3 horas da tarde não tem médico, não tem nem enfermeira"."* (G4b)

De forma geral, as mães das duas unidades enfatizaram sua preferência pelo hospital (atenção terciária da cidade), tido como parâmetro de bom atendimento, tanto para intercorrências, como para consultas de rotina. As mães da unidade 1 justificavam a qualidade do serviço pelo maior tempo dispensado pelos médicos nas consultas, com uma avaliação clínica mais profunda, com a presença de vários profissionais, pela prioridade dada às intercorrências pediátricas e por poder contar com um maior número de equipamentos como raio-x e ultra-som.

> *"Ai, foi bom, nossa acho que eu fiquei uma hora e meia só com o pediatra, depois foi com a professora dele sabe, foi bastante gente."* (G1b)

> **"...** *E eu acho que na UNESP é bem melhor, por que sei lá, o primeiro dia que eu fui levar ele na consulta eu fiquei duas horas na sala da médica. Depois, no mesmo dia que era consulta dele aqui, que eu não trouxe, por que eu já tinha levado ele, a minha colega trouxe o filho dela, e o filho dela ficou quinze minutos na sala. Entendeu? Aí eu peguei, olhei pra cara dela e disse – Nossa, o meu filho na primeira*

> *consulta eu fiquei duas horas dentro de uma sala, ela fuçou em tudo, e aqui ele ficou quinze minutos. Aí eu peguei e já fiquei meio assim de trazer no posto. Então eu prefiro levar ele na UNESP."* (G2b)

> ***"****Lá, sábado, eu fui era seis e meia e cheguei em casa onze horas, mas também eles fuçaram em tudo, nas duas, em tudo, em tudo, em tudo. E aqui já não, eles medem, pesam, sabe? Bem assim por cima, lá já não, lá já faz um checape geral... Só que eu vou pra UNESP, por quê? A UNESP tem pra fazer exame, fazer raio-x, fazer ultra-som de alguma coisa."*(G2d)

Apesar das vantagens da referência terciária, as mães sabiam das dificuldades de acesso a esse serviço, longe de suas residências, quando dependiam de, no mínimo, dois transportes coletivos públicos para poder chegar, com uma oferta escassa de horários de ônibus durante o dia e principalmente à noite.

> *"Se for pegar ônibus tem que pegar dois ônibus."... "Por que é muito longe!"* (G4a)

Em resumo, a preferência pelo local de atendimento não pareceu determinada apenas pela facilidade de acesso geográfico, mas outros fatores, como o econômico e o funcional, influenciaram na decisão da escolha. Para Ramos e Lima (2003), embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do cidadão, a escolha passa pela forma como o usuário é recebido e a resolutividade desses serviços. O usuário está disposto a deslocar-se para ser atendido em um local em que, apesar de mais distante de sua casa, é bem recebido por uma equipe de profissionais que já conhece e respeita, com recursos técnicos e medicamentosos, onde teve experiências prévias bem sucedidas, e onde seu ingresso e permanência são facilitados, assim como seu deslocamento.

Integração entre os serviços de referência e contra-referência

Como as crianças ainda eram pequenas e poucas haviam apresentado quadros mais graves, houve poucos relatos maternos sobre a experiência de encaminhamento aos serviços de referência. Entretanto, as mães tinham consciência de que não era possível o atendimento

especializado na atenção terciária sem o encaminhamento feito pelo médico da unidade de seus bairros, pois eram questionadas quando chegavam ao serviço secundário e terciário. As que precisaram recorrer a esses serviços reclamaram dos médicos da atenção primária que, mesmo não conseguindo resolutividade dos casos, retardavam o encaminhamento.

> *"Sabe? A gente tem certeza, por que é uma coisa que vêm se repetindo, que já passou uma vez, que a gente sabe que tem que ir pra UNESP, que é o hospital que atende esses casos, e a gente fala, comenta apenas se tinha como ele dar uma carta e aí ele fala – Se houver necessidade ai a gente manda – E pra eles nunca tem necessidade, então... e a gente não pode chegar lá na UNESP e falar – Eu quero passar nesse- Sabe? Num tem como. Eles perguntam novamente do encaminhamento, isso que eu acho muito ruim. Ás vezes o caso está se agravando muito e eles estão naquela base... aí cai naqueles mesmos remédios, mesmos remédios, e não mandam pra outro hospital pra tratar."* (G4b)

> *"Desse posto, eu precisei hoje, só que ele mandou eu esperar mais 15 dias, e o menino tomando polaramine, se daqui 15 dias ele não melhorar, aí sim ele vai dar um encaminhamento para um otorrino. Agora de outro posto, aí sim, ele já teve encaminhamento pra otorrino, para gastro, e inclusive e já até fez cirurgia de nariz e garganta. Então, por isso que eu já queria que ele desse esse encaminhamento, pra eu ver se tá com algum problema, por que ele está voltando a ter apnéia, e ele ta roncando muito e pára à noite, no meio da noite. Aí, ele pediu pra dar polaramine durante 15 dias, pra ver se melhora com o polaramine, pra depois dar o encaminhamento."*(G4c)

Uma mãe do grupo 3 relatou que ainda tinha um episódio bem vívido em sua memória, apesar de ter ocorrido há muito tempo, quando, frente à piora da criança, o médico da unidade insistia que era uma simples virose e ela própria tomou a iniciativa de recorrer á UNESP, que confirmou a necessidade de atendimento em serviço terciário.

> *"Seis meses e quinze dias, eu lembro como se fosse hoje... Eu precisei pra ele, por que na verdade, eu fui pra UNESP um dia à noite e descobriram que ele tinha anemia lá. Então, mandaram eu vim buscar um encaminhamento aqui pra ele poder passar lá, por que o S.* (médico) *mesmo não descobriu... É depois que ele colocou o carimbo dele ele foi bem atendido lá. Por que tinha que encaminhar ele porque disse que aqui num tinha condições de fazer o tratamento que ele precisava, por que ele teve uma anemia forte... Por que pra ele mesmo toda a vida era virose.*" (G3d)

Apenas as mães de crianças menores de 1 ano da unidade 1, verbalizaram que não encontraram problemas em conseguir um encaminhamento rápido da unidade para o serviço de referência.

> *"... agora ele tá consultando aqui e na UNESP."; "Ah, eu cheguei lá, ele foi internado, daí o médico (da unidade) fez um encaminhamento pra pediatria..."* (G1b)

Juliani e Ciampone (1999), entrevistando enfermeiros do mesmo município deste estudo, avaliaram como precário, o funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Eram os próprios usuários que traziam alguma informação à Unidade de origem. No presente estudo, as mães não sabiam avaliar a contra referência e sua relação com os serviços de referência, mas nos poucos relatos obtidos pareceu que a contra referência, isto é a unidade, não tinha conhecimento dos procedimentos de saúde feitos para a criança na referência, e nem procurou saber.

> *"Ah, eu nem trouxe nada não, até agora eles nem sabe que operou. Nunca perguntaram nada"* (G1c).

A estruturação do sistema de referência e contra-referência representa um dos pontos importantes para a implantação dos princípios do SUS de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência, uma vez que viabiliza o encaminhamento de pacientes ao diversos níveis de atenção e a integração entre eles (JULIANI; CIAMPONE, 1999). Para Fracolli e Zoboli (2004) a resolutividade de uma ação, não pode ser resolvida apenas no

âmbito de um serviço de saúde, sendo essencial trabalhar com ações coletivas, que evocam a intersetorialidade e uma rede de referência e contra-referência eficiente.

Os dados parecem mostrar que a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, primordial para um trabalho conjunto, não está ocorrendo a contento. Essa falta de integração, constatada, também, por Azevedo e Costa (2010), levou os autores a reafirmar a necessidade de troca de informações entre os níveis de atenção para viabilizar tanto a prática coordenativa da ESF, como a continuidade do cuidado à criança.

O tempo de espera: *"é, você tem que esperar"*

Se a localização da unidade foi o ponto mais elogiado no novo sistema de saúde, o tempo de espera de atendimento foi o mais criticado.

> *"Nossa, 4, 5 horas de espera. Uma vez eu cheguei aqui sete e meia da manhã e saí daqui uma hora da tarde."* (G3h)

> *"Hoje eu cheguei oito horas da manhã e saí onze horas. Nossa, saí até com dor de cabeça, porque eu num tinha comido nada!"* (G3k)

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e de grande importância na APS. Defende a inclusão de toda a equipe no processo de criação de espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, o aproveitamento da capacidade clínica de todos os profissionais, de modo a conduzir à responsabilização pelo problema do usuário e atendendo todos aqueles que buscam o serviço de saúde. Neste sentido, além de provocar uma mudança no processo de trabalho, aumenta a possibilidade de acesso do usuário (SCHOLZE; JUNIOR; SILVA, 2009).

O longo tempo de espera para atendimento das consultas, tanto agendadas quanto eventuais, sinal de um acolhimento deficiente, gerou muita insatisfação e, em alguns casos, levou á desistência do atendimento. Segundo as mães, a desorganização e a espera caracterizavam todos os serviços de saúde, não apenas os de atenção primária.

> *"Eu faço isso mesmo, se demorar pra atender eu vou embora, largo tudo as minhas coisas e vou embora. Uma vez a I. levou o meu cartão*

> *e o meu RG lá em casa, aí ela perguntou – Porque você foi embora – Aí eu falei – Ah, demoraram demais pra me atender."* (G3g)

Para Gaioso e Mishima (2007), os usuários reclamam da demora na assistência médica na sala de espera, principalmente quando se trata de consultas eventuais, quando esperam ser atendidos imediatamente. Segundo os autores, esta insatisfação pode estar relacionada com dois fatores. Primeiro, com o fato dos usuários não saberem avaliar a gravidade do problema, se eles podem esperar o tempo exigido pela unidade e segundo, pela cultura de imediatismo presente na sociedade, como resultado da modernidade. Entretanto é fato que ainda há demora no atendimento feito pelas unidades.

Nos grupos deste estudo, as mães deram diversas explicações para a demora no atendimento. As mães do grupo 3 associavam a demora para serem atendidas ao fato das consultas serem feitas por alunos de medicina, que demoravam nos exames, no registro, não tinham autonomia para prescrição, tendo que esperar pela checagem de um único preceptor.

> *"O problema é que vem muito estudante e só tem um médico, então todos os estudantes que estão aqui tem que pegar autorização do A.* (médico) *pra dar uma receita. Então fica aquela fila assim. A gente chega a ficar uma hora, uma hora e meia na sala de espera esperando. Eles escrevem duas folhas desse tamanho, com tudo o que está acontecendo, aí vai, pesa, mede, e eles mesmo já falam assim, olha mãe, eu acho que é tal coisa, mas eu vou lá conversar com o A.. Aí vai lá falar com o A., tem aquela fila de uns 20 estudantes, aí vai tempo, aí fica um escutando o problema do outro!*" (G3d)

Se por um lado havia resistência em aceitar o atendimento por estudantes, que tem a finalidade de propiciar a formação de futuros profissionais, um dos objetivos dos serviços de saúde pública, as mães reclamavam, também, da necessidade de passar pela pré consulta, com profissionais de enfermagem, tendo que, a seguir, repetir tudo de novo na consulta propriamente dita.

> *"E não precisar passar na pré consulta pra depois na consulta. Ir direto na consulta, por que demora muito assim, e a gente precisa fazer as coisas em casa."* (G3j)

Na pesquisa de avaliação da qualidade da atenção básica do município, realizada em 2007, os profissionais das duas unidades estudadas referiram que as atividades realizadas na pré consulta eram: aferir peso, pressão arterial e temperatura (quando necessário), verificar queixas agudas e acolher o paciente agendado (CASTANHEIRA, 2007). Partindo do pressuposto que a pré consulta tem a finalidade de regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados e desta forma assumir a responsabilidade por todos os problemas de saúde de uma região (SCHIMITH; LIMA, 2004), parece que a pré consulta realizada nas duas unidades cumpria com sua finalidade, mas as mães não tinham essa compreensão da utilidade do serviço.

As críticas às pré consultas, atendimentos realizados por outros profissionais que não o médico remetem, também, à dificuldade do usuário em aceitar outras formas de organização do processo de trabalho, criadas no novo modelo de saúde, na tentativa de acolher a demanda, através da atuação sincrônica de uma equipe multiprofissional. Para Schimith e Lima (2004), não é aumentando o número de equipes de Saúde da Família que vai se resolver o problema do acolhimento, se não se abrir espaço e aceitação por parte dos usuários para as novas formas de organização, como, por exemplo, a participação do enfermeiro nos atendimentos clínicos. As queixas ainda presentes sinalizam para a necessidade de mais esclarecimentos e trabalho educativo frente à população, para que os reais objetivos da pré consulta sejam compreendidos e ela não seja considerada uma perda de tempo.

Ao justificar a demora no atendimento, as mães do grupo 4 acrescentaram outros motivos além dos já citados: a desorganização do serviço e falta de planejamento. Por exemplo, não havia procedimentos específicos para a entrega de exames laboratoriais; os pacientes que vinham entregar material para exame tinham que aguardar juntamente com os que iam realizar exames, o que gerava bastante demora no atendimento. Parecia não haver nenhuma organização específica e nem prioridades de atendimento, mesmo para casos graves da criança.

> *"Uma coisa que eu acho assim que poderia mudar, por exemplo, a gente colhe um exame e vem trazer o exame pra coleta, a gente tem que pegar fila e ficar esperando, tipo uma senha, aí espera... o meu marido veio outro dia pra trazer o meu só pra entregar o exame ele ficou meia hora, uma hora lá fora, esperando."* (G4c)

Mas, unanimemente, as mães associaram a espera com a falta de profissionais, principalmente do médico. O problema se agravava nos períodos de férias e folgas do médico da unidade, quando não havia substituto.

> *"... Eu acho que assim, o posto, pela estrutura do posto, pelo prédio que tem aqui, um médico só eu acho um absurdo!"* (G4c)

> *"Num tem é médico."* (G1e)

> *"É, isso que eu ia falar, um médico pra substituir quando o médico atual ficasse de folga, por que eu acho que o médico precisa de férias, lógico, todo trabalhador precisa, só que deviam mandar um substituto pra essa fase aí, nesse período."* (G4a).

Segundo Campos e Malik (2008), devido à alta rotatividade de profissionais nas equipes de Saúde da Família, especialmente de médicos, há grande dificuldade em reposição de pessoal, com altos custos e impacto financeiro para o município que emprega.

Na falta de atendimento médico, as mães recebiam orientações que pareceram não deixá-las satisfeitas: eram orientadas por enfermeiros ou mesmo encaminhadas ao pronto socorro.

> *"Daí eles passaram eu pra enfermeira, daí eu perguntei e ela falou assim que não, que era pra eu dar banho nela com negocinho lá que eu comprei, que aí passava. Nessa hora eu achei ruim porque eu falei que ia pro pronto socorro, porque eles não queriam me atender..."* (G1a)

> *"Pelo menos um, por que quando falta esse médico, num tem... aí a gente parte lá pro pronto socorro, por que nem todo mundo tem condições de estar indo lá para a UNESP, ou até mesmo aqui no bairro."* (G4c).

O encaminhamento para o pronto socorro, ditado pela desorganização do serviço de atenção primária e não pela necessidade do usuário, contribui para a cristalização no

imaginário popular da idéia que o pronto socorro é o local que resolve todos os problemas agudos (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A necessidade de pediatra: "*... mas o pediatra é quem entende de crianças"*

As mães não reclamaram apenas da falta de médicos, mas de médicos pediatras.

> *"Eu acho que tinha que ter pelo menos um pediatra."* (G4c)

> *Num tem é médico pediatra. Tem a doutora O. né, a doutora O. era né. Agora eu acho que ela ficou mais ainda né? Ela fez alguma coisa que ela consulta gente grande também. Então, pediatra mesmo aqui no posto acho que não tem."* (G1e)

> *"Aqui é muito bom também, é perto de casa... qualquer coisinha, né? Mas que nem, pediatra, é a mesma coisa que ela falou, não tem..."* (G2d)

Em todos os grupos elas deixavam claro que, para atender crianças, o profissional mais capacitado era o pediatra, não o médico generalista, porque esse especialista centrou seus estudos em crianças, adquirindo uma habilitação diferenciada. A ausência deste profissional na equipe de saúde da família foi percebida como um desfalque, um prejuízo à atenção à saúde da criança, e não como uma nova perspectiva de assistência básica, trazida pelo novo modelo**.**

> *"E aqui não tem pediatra, não tem, só clínico geral que atende tudo."* (G3e)

> *"Primeira coisa, pediatra. Por que eu acho que é uma coisa indispensável e o posto de saúde não tem um pediatra. Gente, num tem, eu não sei se por que eu sou mãe, mas eu acho, não que o médico daqui não seja capaz de atender uma criança, ele estudou ele sabe um pouco, humano é tudo a mesma coisa, mas o pediatra é um especialista."* (G4c)

Para Amoratti (2005) o sucesso da ESF reside em contar com médicos com características particulares: devem ser generalistas, aptos a diagnosticar e tratar a maioria das doenças prevalentes em cada região, e médicos de família e comunidade, capazes de se inserir num bairro, lidar com indicadores epidemiológicos e qualitativos próprios da assistência às pessoas, com cobertura populacional, e promover as práticas de vigilância em saúde.

Até o momento, ainda faltam profissionais com residência em Saúde da Família, capacitados para este trabalho específico. Essa lacuna fez com que médicos de diferentes especialidades fossem contratados nas equipes da ESF, para desenvolver atividades para as quais não foram devidamente preparados. Essa distorção gera uma redução da resolutividade e ineficácia das práticas, com a intensificação de encaminhamentos desnecessários e inadequados a outros profissionais de especialidades. O problema se agrava na medida em que, frente à alta rotatividade e dificuldade de contratar médicos com alguma experiência, grande percentual de médicos sem residência médica foram contratados pelo SUS, com uma a formação curricular que não oferece ao recém-formado condições para exercer adequadamente as atribuições necessárias, prejudicando ainda mais o funcionamento do sistema (AMORATTI ,2005).

Os recursos materiais: "*... aqui tem dia que num tem nem potinho pra fezes..."*

Além da falta de médicos as mães também reclamaram da falta de medicamentos e materiais para exames nas farmácias das unidades.

> *"E a farmácia também aqui, né! A farmácia aqui tem dia que num tem remédio... esse mês eu tive que comprar meu remédio, por que aqui não tinha!... Nem potinho de fezes tinha esse mês!"* (G3h)

> *"Por que os remédios que é... a gente costuma pegar sempre aqui no posto. Aqui não está tendo ultimamente. Então às vezes vai ficar complicado por que são mais de um remédio, e pra comprar todos é muito complicado, e sempre são os remédios que o posto fornecer."* (G4b)

Algumas também referiram falta de equipamentos mais avançados. Apesar das reclamações, havia mães que percebiam que dificilmente esses equipamentos poderiam ser instalados em unidade de atenção primária.

> *"Ah, colocar uns aparelhos mais avançados. Igual, teste do ouvido a gente tinha que ir lá na UNESP fazer, devia ter aqui já. Fazer aqui, mais perto, né?* (G1c)

> *"... é difícil, porque é uma sala, né? Você conhece lá, né? Eu acho que aqui seria mais difícil. Eu acho que seria difícil aqui. Lá eu acho que tá certo lá!* (G1a)

Se a expectativa de que a unidade conte com equipamentos de ponta demonstra que a integração entre as três instâncias de atendimento, primária, secundária e terciária ainda não foi suficientemente assimilada por todos os usuários, a falta de medicamentos básicos é uma queixa procedente e também percebida em outros locais. Segundo. Azevedo e Costa (2010), apesar das USF serem abastecidas mensalmente, não recebem a quantidade suficiente para as necessidades de todos os usuários.

Tema: Profissional e relacional

Outro tema abordado pelas mães diz respeito às responsabilidades e competências de cada profissional, como estes se relacionavam com a população assistida e as expectativas que tinham de cada um dos componentes da equipe mínima (ACS, enfermeiros e médicos), de recepcionistas e de outros profissionais que, eventualmente, participaram da equipe.

O Agente Comunitário de Saúde - *"elas vão até a casa da pessoa"*

Para Tomaz (2002) o modelo de assistência a saúde, implantado no Brasil em 1994, não pretendia, apenas, aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas, mas ser uma nova proposta de reorganização da atenção básica. Dentro desse novo modelo surgiu o ACS, figura presente em outros movimentos e experiências de reforma sanitária,

como os "Médicos pés descalços" da China, e nos modelos de atendimento desenvolvidos em Cuba, Canadá e Inglaterra (LIMA; MOURA, 2005). Apesar das diferenças quanto à sua função e capacitação nos diferentes modelos, há um ponto em comum nas suas atribuições: a visita domiciliar.

As mães discutiram bastante sobre a visita domiciliar, tanto a importância de estar presente a equipe mínima (enfermeiro, médico e agente) nos primeiros meses de vida, assim como sua periodicidade e função.

> *"Olha, varia muito viu. Dependendo das coisas que têm por causa da família. Esse mês mesmo já passou duas vezes... Quando nasce, eles fazem as visitas, às vezes o médico vai né!... Eles tomam o maior cuidado né? Por que os primeiros meses de vida são decisivos né?"* (G1e)

> ***"****A minha sempre vai. Todo mês, é todo mês ela vai. A visita de casa é muito boa... Então, a visita de casa eu num tenho do que reclamar."* (G2b)

> *"É por que tem mês mesmo que num passa."* (G4b)

Segundo LUQUE (2008), não há regras rígidas quanto à periodicidade das visitas. A equidade pressupõe atendimento diferenciado, de acordo com as necessidades de cada criança. O planejamento de consultas deve considerar aspectos importantes que devem ser observados na criança, especialmente sua vulnerabilidade. Assim, nos dois primeiros anos de vida, há a proposta de consultas mais freqüentes, pois o processo de crescimento e desenvolvimento é mais intenso. Se houver necessidade, principalmente nos primeiros meses de vida, os retornos poderão ser até semanais.

De modo geral, a não ser no grupo que tinha menor tempo de ESF, a visita domiciliar foi bem avaliada pelas mães. Sua relevância, uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário pelo MS, transparece em vários estudos sobre a Reforma Sanitária (FERRAZ; AERTS, 2005; BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Por meio da visita, o agente conhece melhor a necessidade das famílias e, conseqüentemente, pode desenvolver o trabalho de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2001).

> *"É bom, por que tem gente que não consegue chega até o posto, tem gente de cadeira de roda, tem pessoas inválidas que não conseguem levantar da cama. E elas vão até a casa da pessoa, elas vêem a necessidade da pessoa, elas voltam, chamam o médico e o enfermeiro e eles vão lá, dão medicamento, faz o tratamento da pessoa na casa. Então por isso que é bom, eu gosto delas, se não tivesse elas a gente ia fazer o que? Chama a ambulância daqui até ali?"* (G3d)

Entretanto, no grupo de mães de crianças com até 1 ano, da unidade 1, que aderiu à ESF mais recentemente, a visita era vista com desconfiança e a função do ACS definida de modo superficial. Algumas mães desconheciam seu papel, mostravam pouca familiaridade e confiança e pareciam impedir seu acesso ao interior das moradias.

> ***"****Eu vou falar uma coisa pra você, eu nem imaginava que ela podia entrar dentro de casa, por que as menina nunca entraram. Eu nem sabia que elas podiam entrar dentro de casa."* (G1a)

> *"Ela é simpática assim, ela é legal, mas ela não entra."* (G1b)

> *"A mulher que vai é boazinha, fora de brincadeira, ela é muito boazinha... Ah elas ficam só no portão. Num entram lá em casa não, num sei não."* (G1e)

No Brasil, a atenção domiciliar desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, tanto no âmbito público como no privado. Contudo, ela ainda não está completamente inserida nos sistemas de atendimento à saúde e na formação e/ou capacitação dos profissionais (LACERDA et al., 2006). Se a literatura enfatiza a importância das visitas, sua obrigatoriedade e periodicidade ainda é um ponto controverso. A visão de alguns autores coincide com a das mães deste grupo quando referem que ela é uma intromissão à privacidade e o agente visto como um invasor dos domicílios (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; PERES, 2006).

Em pesquisa realizada na rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, em 2006, que buscou compreender as concepções da equipe de Saúde da Família sobre as visitas, constatou-se que ora são compreendidas como acompanhamento da saúde, ora como fiscalização. Entre

as dificuldades apontadas, estavam o pouco tempo disponível e a impotência da equipe frente aos problemas identificados pelos agentes (SAKATA et al., 2007).

Houve mães do grupo 1 que se mostravam satisfeitas com os ACS, entretanto, elas não pouparam criticas à falta de agilidade em atender suas necessidades, o que se refletia na resolutividade da assistência.

> *"Às vezes é bom e às vezes eu acho que não é. Porque às vezes a gente tá com algum problema e tem que ficar esperando. Elas conversa, mas demora, mesmo assim demora pra ter uma resposta. Então eu acho ruim daí, demora muito."* (G1c)

> *"... Eu falei pra ela tentar ver pra vê se consegue, se acha uma consulta mais... antes né, pra mim marcar antes. E eu to esperado até agora, já faz uns dez dias, tem que esperar, né?"* (G1a)

Seabra (2006) relata que os ACS nem sempre conseguem estabelecer a relação entre a equipe e a comunidade de maneira satisfatória. Na visão dos enfermeiros e médicos entrevistados por Meira (2008), a morosidade do agente em dar devolutivas e sua pouca capacidade resolutiva se deve à sua dificuldade em transmitir informações, decorrente de sua baixa escolaridade, fato que precisaria de uma maior investigação. As falas acima parecem mostrar que, no caso das mães da presente pesquisa, a crítica não parecia residir em dificuldades pessoais do agente, mas na organização do serviço.

De forma geral, nos outros grupos, houve vários elogios ao papel do agente. Na mesma unidade 1, as mães de crianças maiores elogiaram sua regularidade nas visitas, preocupação com a família e com a adesão aos tratamentos prescritos:

> *A visita de casa é muito boa... E fora ela sempre vê a gente na rua, conversa, pergunta se tá precisando de alguma coisa... É sempre assim. Então, a visita de casa eu num tenho do que reclamar."* (G2b)

> *"Ela quer sabe como tá o meu filho, pergunta se eu já pesei..."* (G2c)

> *"... Que elas marcam, a mesma coisa que elas falaram, exames... cobra remédio..."* (G2d)

Parece que a relação do ACS com o usuário ia além do compromisso profissional, havia uma proximidade, com trocas de experiências e preocupações, que não se restringia ao domicilio, mas se estendia a encontros e conversas na rua. O estabelecimento desse vínculo, geralmente facilita a obtenção de informações que deverão ser transmitidas, posteriormente, à equipe. Mas, apesar de não ter sido relatado por nenhuma mãe desta pesquisa, em algumas ocasiões o componente afetivo pode, também, ser um empecilho para a relação ACS/usuário, quando a subjetividade de um dos componentes entra em conflito aberto com a do outro. (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Embora lembrado por poucas mães, alguns relatos mostram que o agente fazia orientações de saúde.

> *"A minha orientou. Logo que ele nasceu ele ficou meio amarelinho. Daí ela falou que era pra por no sol, que era pra trazer aqui. O meu teve o mesmo problema que o dela, o umbiguinho dele vazava muito sangue. Daí eu mostrei pra ela, daí ela veio, conversou com uma enfermeira, daí ela foi lá e me avisou que era pra eu trazer a neném pra ela olhar e por o neném no sol."* (G1c)

Já, as mães da unidade 2, com mais tempo de ESF, pareciam ter uma compreensão mais abrangente do agente, destacando tanto seu papel de orientador de saúde como de mediador, acreditando que eles precisavam envolver o médico e a enfermeira da unidade nos problemas de saúde dos usuários. Se as orientações que os ACS davam eram basicamente relacionadas às questões organizacionais e operacionais da unidade, quando se tratava de orientações sobre saúde ou medicamentos, os ACS buscavam informações com os profissionais da unidade, principalmente o médico.

> *"Ela explica coisas daqui do posto. Quando a gente pergunta - Tá atendendo? Tem isso? Tem médico hoje? Se eu for será que ele vai atender? – Se não tem atendimento aqui ela responde – Vai lá, passa lá que eles vão te dar uma carta pra você ir pra UNESP, coisas assim, e não o que que ele tem. Ela explica o que é pra fazer."* (G3d)

> *"... Daí eu mostrei pra ela, daí ela veio, conversou com uma enfermeira, daí ela foi lá e me avisou que era pra eu trazer a neném pra ela olhar e por o neném no sol."* (G1c)

> *"... explica algumas coisas que tem dúvida, mas pra tirar mesmo, assim, exatamente a dúvida de algum problema é o médico, né? Ela só explica o básico."* (G3a)

> *"O médico passa a orientação pra ela e ela passa pra gente o que tem que fazer."* (G3d)

Essas mães percebiam que o agente desempenhava um papel de elo de ligação. Documentos oficiais reforçam essa função, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos distintos: o do saber científico e do saber popular (BRASIL, 2000). Na visão dos médicos entrevistados por Rocha e Trad (2005), as visitas permitiam que o Agente trouxesse, para a unidade de saúde, a informação dos problemas encontrados e, em comum acordo, se planejasse e organizasse ações a serem desenvolvidas em prol da comunidade. Essa prática ajuda a estabelecer uma outra dimensão do ato clínico, pois traz à tona um tipo de diagnóstico que transcende o saber contido nos manuais.

As mães das crianças maiores, dessa mesma unidade, que tinham mais experiência com o serviço, sabiam referir tanto a importância da orientação às mães de recém nascidos, focalizando aspectos ambientais importantes para prevenir doenças e orientar a amamentação, como outras ações mais condizentes com crianças mais velhas, relacionadas à higiene bucal e à educação.

> *"Eu acho que ajuda muito, por que às vezes a gente tem um ambiente que não é nem de recém nascido, e daí eles já falam que isso está errado... Se tem muita coisa num quarto, muito bicho de pelúcia, tapete, eles já falam, já orientam o que pode o que num pode. Se tem uma parede sem reboca já falam que ali entra vento, a criança pode ficar doente com mais freqüência por causa daquilo..."* (G4a)

> *"É boa a freqüência das visitas, por que é o ambiente em que a criança vive né! Mais pra criança né, por que os adultos eles*

> *informam né! Mas o ambiente está ali mais por causa das crianças né, o que estiver errado eles vão falar... Como deve amamentar se é mãe de primeira viagem, perguntam se você tem mais filhos, costumam orientar sobre se a criança já vai ao dentista, se a criança freqüenta uma escola."* (G4b)

> *"Dão orientação sobre amamentação..."* (G4a)

Portanto, a maioria das mães, reconhecia que o principal papel do ACS era facilitar o intercâmbio entre a unidade e as residências, tanto de informações como de serviços. Através das visitas os ACS coletavam e registravam informações sobre a saúde dos moradores, verificavam os remédios e o cumprimento das prescrições, investigavam sobre a situação de saúde da população, mas principalmente, entregavam lembretes das datas das consultas. Na concepção das mães, os ACS estavam preocupados em ajudar o usuário, facilitar sua vida e suprir as necessidades com aquilo que a unidade podia oferecer.

> **"***Porque elas tão aqui pra isso, né? Pra leva, assim, por que elas leva sempre as coisa que a gente ta precisando do posto."* (G1b)

> *"Ah, sempre quando a gente esquece alguma consulta o médico manda avisar, elas vão lá e entregam o papelzinho pra gente, dentista, sabe?* (G1e)

> *"Quando foi agendada a consulta ela leva, quando foi agendada de novo."* (G3d)

> *"Perguntam como está a família, daí quando eu falo – Ah, eu fui pra UNESP – Aí elas perguntam o por quê, daí ela marca o por quê, porque que eu estou fazendo tratamento lá, ela pergunta da família inteira como ta indo."* (G2a)

Em linhas gerais, o papel atribuído ao agente pelas mães era concordante com as descrições de usuários de outras pesquisas. Meira (2008) no município de Piraju, observou que a grande maioria dos entrevistados referia que a função do agente era visitar as famílias,

ouvir suas necessidades e servir de elo de ligação, facilitando a vida do usuário. Para Peres (2006), os usuários consideravam os ACS um facilitador do acesso aos serviços de saúde, na medida em que serviam como veículo de informações e ampliavam o acesso tanto à unidade de saúde quanto ao auto-cuidado dos usuários.

Muito poucas referências foram feitas a ações do ACS que tivessem como propósito estimular a promoção da saúde e, especialmente, o incentivo à participação dos usuários nos conselhos de saúde e outras instâncias de decisão, linhas-eixo da filosofia da ESF (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

O Enfermeiro -*"medico é uma coisa, enfermeiro é outra"*

Com respeito aos profissionais de enfermagem, nenhum dos grupos, das duas unidades, verbalizou as expectativas que tinham quanto ao seu papel, mas se percebeu que, assim como em relação ao agente, havia diferentes percepções quanto ao seu desempenho.

Na unidade 1, cujas mães estavam vivenciando um processo de substituição do modelo de atenção básica à saúde, em várias falas transparecia um ressentimento com o enfermeiro que, na opinião delas, tentava substituir o médico. Esta concepção pode estar atrelada ao novo papel que o enfermeiro assumiu na ESF, que inclui, na puericultura, a consulta de enfermagem alternada com a consulta médica. No modelo tradicional de atenção básica as consultas da criança eram realizadas somente pelo médico, mais especificamente por um médico pediatra.

> *"Quando a gente vem aqui, a gente tem que consultar é com o médico né. Não com o enfermeiro. Enfermeiro é uma coisa, médico é outra. Quando eu venho aqui e já vejo eu meto o fumo. Se o menino tá doente eu quero passar pela médica, não pela uma enfermeira."* (G1e)

> *"E eu acho errado também, as duas primeiras consultas do neném é com a pediatra mesmo, mas depois já não é mais, é as enfermeiras que vai atender. Eu acho que eles estão pequenininho, eu acho que devia ser com a pediatra, pelo menos até um ano."* (G1c)

> *"Eu acho que enfermeira devia trabalhar pra ser enfermeira mesmo, eu acho que criança devia passar com médico mesmo, pediatra."* (G2b)

> *"E que seja médico, e não enfermeiro querendo dar uma de médico. Por que enfermeiro é enfermeiro, médico é médico! E falo por que até agora ele num passou com o médico dele... passa com a doutora O., aí vai com o enfermeiro, e eu vou perguntar, e o médico dele? Vai passar que horas com o médico dele? Se ele tem um médico, ele tem que passar com o médico."* (G2a)

Conforme a legislação atual são atribuições específicas do enfermeiro das equipes de saúde da família realizar consultas de enfermagem (CE), 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, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal (BRASIL, 2007b).

Apesar do respaldo legal, há uma descrença da população em relação ao papel do enfermeiro na atenção básica. Em contrapartida, é nesse contexto que esse profissional tem oportunidade de ultrapassar o conhecimento biológico e estabelecer as relações entre processo saúde-doença e o social, com base em dados epidemiológicos que fornecem subsídios para viabilizar ações capazes de causar um impacto positivo na saúde da população (SANTOS et al., 2008).

Há diferentes explicações para as dificuldades de atuação do enfermeiro na atenção básica. Por um lado, Backes et al. (2009) acreditam que a dificuldade de aceitação/reconhecimento do papel profissional do enfermeiro justifica-se pelo impacto do desconhecido e a insegurança diante do novo, que são inevitáveis e não devem desanimar o profissional, mas ser motivadores e animadores do crescimento profissional. Por outro lado, para Gomes e Oliveira (2005) a prática do profissional de enfermagem na saúde pública, ainda se apresenta com inúmeras ambigüidades e tensões, configurando um fazer constituído de dificuldades próprias onde sua identidade apresenta tensões com aspectos sociais, políticos, mercadológicos, culturais e intelectuais. Neste sentido, quando a autonomia se relaciona com um saber ampliado, com apropriações de conteúdos, conhecimentos e práticas de outras áreas profissionais, fugindo da especificidade da profissão, a mesma torna-se um foco frágil.

As enfermeiras foram avaliadas negativamente quando se interpunham entre o paciente e o médico, medicavam, assumiam um papel que, segundo as mães, não era delas, mas também, quando minimizavam suas queixas.

> *"E quando é consulta extra, tem que passar com o enfermeiro primeiro e se precisar passa com o médico, né? Mandaram eu pro médico e ela falou – Não – e ainda carimbou lá - Pode dar o Airotec e o Atrovent – o coração da menina quase saía pela boca, ela ficava assim."* (G2d)

> *"Ela veio passou com o menino doente aqui, ruim, o menino tava doente, passou com o enfermeiro o enfermeiro falou que não era nada, aí levou pro Pronto Socorro e o menino ficou internado lá na UNESP. Então como que não era nada? Se fosse com uma médica sabia né!"* (G1e)

> *"Aí ela entrou e falou assim – Aposto que você vai falar que está com dor aqui, ali, ali! – Aí eu falei – Lógico, se eu tô com dor, é pra isso. Se eu venho no médico eu tenho que falar o que eu sinto! – Por que a minha menina eu tive ela de sete."* (G2a)

Não se tratava apenas de assumir funções que, segundo as mães, são atribuições do médico, como prescrever medicamentos, mas elas não aceitavam a falta de compreensão das necessidades infantis e as críticas ao comportamento da criança, que interpretavam como uma crítica indireta à forma como educavam seus filhos.

> *"Quando eu tava na fila lá da febre amarela, esse daqui já foi chorando e ela tava lá na farmácia lá, aí ela falou – Nossa, mas quem que é a criança que ta chorando, desesperada desse jeito? Nossa, pra que chorar desse jeito? – Poxa, criança tem medo, fala de ver agulha a criança tem medo. Essa daqui nem ligou, mas esse daqui fez um escândalo. Eu fiquei com uma raiva!"* (G2c)

Segundo Zoboli e Fortes (2004), muitas das tensões nas relações nos atendimentos na ESF se devem a problemas inerentes às relações humanas. De um lado, se tem os usuários e suas famílias buscando a resolução de problemas, de saúde ou não, que consideram importantes, trazendo consigo seus segredos, medos, crenças e expectativas. De outro, a equipe, ainda inexperiente para lidar com situações decorrentes da contínua proximidade com os usuários e família, mantendo-se presa a procedimentos, normas e rotinas do serviço ou ainda ao seu entendimento técnico ou pessoal do que é melhor para os usuários e/ou as famílias. Do encontro desses dois segmentos, muitas vezes surgem tensões, conflitos de valores, despertando emoções fortes como antipatia e raiva.

As mães da unidade 1 não apontaram, apenas, aspectos negativos. Avaliaram positivamente as explicações que as enfermeiras davam e os esclarecimentos adequados sobre determinado assunto, quando atendiam às necessidades das mães.

.

> *"... Aí o dia que eu vim aqui, semana passada, no posto, eu falei com a AR., aí conversando com ela sobre a injeção aí ela falou assim – Mas, o que ela falou pra você? – Aí eu comecei a falar tudo, aí ela falou – Não, em algumas pessoas dá reação, mas não é em todas. Tem que usar pra ver- E num deu, tomei olha, e num deu reação nenhuma."* (G2a)

Na unidade 2, fundada como modelo da ESF, as mães dos dois grupos (G3 e G4), também fizeram um contraponto entre a atuação da enfermeira e do médico, mas o teor das críticas era diferente do relatado na unidade 1. Queixavam-se que na consulta de enfermagem ela se centrava apenas nas queixas, enquanto o médico fazia uma investigação mais ampla do estado de saúde da criança.

> *"Eu acho melhor as crianças passar diretamente com o médico, e não com a enfermeira... Por que eu num gosto da enfermeira. Ah ela não procura as coisas, ela só examina o que a gente ta falando, ela não examina assim."* (G3j)

> *"Eu acho que depende da enfermeira, tem umas que num dão tanta importância, e tem umas que mexem em tudo. Eu penso assim, no caso a enfermeira, não tem que mexer só no que a criança está*

> *sentindo, já vê ouvido... já vê tudo de uma vez. Eu acho que na maioria das vezes eles não olham tudo. Não por que é obrigado a olhá, mas já ta ali na consulta, vai que descobre alguma coisa que a gente não sabe que ta sentindo."* (G4b)

> *"Assim, o trabalho dela eu num tenho o que reclamar, mas ela num pode passar medicação. Num adianta nada às vezes, por que ela consulta e fala – Mas eu num posso fazer nada, ou você espera o médico ou vai pro pronto atendimento – Então ela acaba ficando de mãos atadas por que por mais que elas façam o trabalho delas, não tem como receitar uma medicação... "*(G4c)

A última mãe não avaliou negativamente a consulta da enfermagem, mas justificou a preferência pela consultas médicas por perceber que o poder da enfermeira era limitado, visto que não podia prescrever medicamentos. Para Shimizu e Rosales (2008), a dificuldade em aceitar a adoção de práticas de saúde que dispensem a medicalização, está associada à representação que a população tem de que a cura só se obtém com remédios e que só o médico, elemento central na resolução dos problemas de saúde, pode prescrever.

Críticas ao preparo e competência da enfermeira, assim como dificuldades para delimitar as responsabilidades e especificidades de cada profissional, não aparecem apenas nas falas dos usuários, mas existem divergências nas próprias equipes. Por exemplo, os médicos entrevistados por Zoboli e Fortes (2004) questionavam a competência do enfermeiro para o desempenho das tarefas clínicas.

As mães contavam, também, que tinham uma boa relação com a enfermeira devido ao seu compromisso com o paciente, sua disponibilidade em ajudar no acesso aos serviços e tirar dúvidas, que extrapolava o aspecto profissional e podia ser caracterizada de amizade.

> *"A AI. ela sabe, uma vez eu passei aqui aí ela me levou pra UNESP, ela fez, olhou o resultado comigo, do meu lado, depois ela viu que deu negativo, ela veio pra cá, procurou saber por que que é, procurou saber uma explicação."* (G3d)

> *"Tem uma amiga minha que ela tava com um problema de uma dor fazia mais de um mês. Já tinha tratado tudo, com tudo, e não tinha*

> *sarado, aí elas mandaram ela fazer aquele ultra-som, sabe? Aquele vaginal? A U. conseguiu passar ela na frente de todo mundo. Ela fez o ultra-som, pediram na quinta, não, pediram na segunda e ela fez na terça o ultra-som. E é uma coisa demorada. Foi a U.* (enfermeira) *quem fez isso!"* (G3d)

> *"A AI., na verdade, ela era nossa amiga, entendeu? Em particular."* (G3j)

Se por um lado é altamente positivo que as mães valorizem as relações interpessoais, é preciso ter cautela quanto à percepção positiva das relações de amizade especialmente quando se considera que elas facilitavam o acesso aos serviços. De acordo com Zaboli e Fortes (2004), o vínculo e responsabilização da equipe com as famílias da área de abrangência, na ESF, fez emergir um problema relacionado ao estabelecimento dos limites da relação com o usuário. O acesso às informações que ultrapassam o campo do biológico e do clínico pode causar certo desconforto ou constrangimento da equipe que nem sempre sabe como proceder em tais situações, necessitando ser capacitada para tal. Além disso, relações paternalistas, mesmo requerendo ações de caráter beneficente, são contrárias à promoção da autonomia e cidadania das pessoas.

O papel do médico- "*... o doutor consulta, ele procura..."*

Todas as mães verbalizaram sua preferência pela consulta médica por acreditar que o médico, mais especificamente o pediatra, era o profissional mais habilitado para dar respostas às queixas trazidas por elas.

> *"eu acho que criança devia passar com médico mesmo, pediatra."* (G2b)

Shimizu e Rosales (2008), em estudo de uma USF do município de São Sebastião (DF), também observaram que, segundo os usuários, o médico é o profissional que possui conhecimentos para resolver os problemas de saúde, enquanto que a equipe de enfermagem é vista como cuidadora.

Além da realização das consultas, foi lembrada a participação do médico nas visitas domiciliares aos recém-nascidos, apesar de não freqüentes e ainda desconhecidas por algumas mães.

> ***"****Olha, quando eu ganhei ele que eu vim embora pra minha casa, acho que num deu nem duas semanas a pediatra foi na minha casa, sabe? Ela foi na minha casa, aí ela falou tudo, deixou tudo explicadinho."* (G2b)
>
> *"Quando eles nascem o médico vai... a enfermeira também."* (G3j)
>
> *"Quando nasce, eles fazem as visitas, às vezes o médico vai né!"* (G1e)

Na política delineada para a ESF e na prática concreta, as visitas domiciliares têm se constituído atribuição do ACS. Só se espera uma visita da equipe (ACS, enfermeiro e médico) na primeira consulta do pós-natal e em outras situações específicas, por exemplo, para crianças de risco**.** Possivelmente as mães se lembravam dessa única consulta em que o médico esteve presente, tanto pelo fato dos usuários considerarem o médico o profissional mais habilitado para a demanda de atenção clínica, quanto pela importância social que é atribuída a ele. (MANDÚ et al., 2008).

Eram várias as expectativas das mães em relação ao papel do médico, nas consultas. O grupo de mães de crianças menores esperava que, por se tratar de crianças muito novas, que tem dificuldade em se expressar, o médico investigasse detalhadamente cada caso para poder fazer um diagnóstico acertado e prescrever uma medicação que acabasse com a doença. Mas queriam, também, que ele "tratasse", isto é, fizesse o acompanhamento, agendasse consultas regulares, orientasse e aconselhasse.

> *"Esses tempo atrás eu vim pra trazer ela e aí o doutor A. me chamou pegou ela, olhou**,** daí eu levei embora e depois de 2 dias ela já tava sarada já."* (G3k)
>
> *"... ele* (médico anterior) *num falava pra gente que tinha que trazer a criança depois de um ano de idade uma vez por ano, e agora o A. ta*

> *tratando, ta fazendo até duas vezes por ano, por que ele tava atrasado, com dois anos ele num tinha passado por nenhuma consulta ainda."* (G3d)

Para as mães, a competência do médico estava associada à sua formação profissional especifica. Assim, outros profissionais da saúde ou mesmo estudantes de medicina foram vistos com desconfiança e sujeitos a erros.

> ***"****No meu caso não resolveu, que nem, teve uma vez que ela passou com o estudante, o estudante errou feio, eu tive que levar a minha filha no médico de novo, ainda passaram o remédio errado. Sorte que ela não teve reação com o que passaram pra ela..."* (G2e)

Segundo o Journal of the American Medical Association, nos dias de hoje, há uma tendência mundial de mudança nas diretrizes de formação do médico, esperando que ele se capacite a atuar de forma mais competente e adequada às necessidades da sociedade. Dá–se enfoque maior a problemas clínicos, se espera atuação no contexto extra-hospitalar, interação com o paciente e comunidade, predominância de atividades práticas sobre as teóricas e trabalho em equipe (AZEVEDO; VILAR, 2006). No entanto, ainda é difícil as mães aceitarem consultas de estudantes, mesmo sabendo que, são checados por médicos graduados.

A competência dos médicos também foi associada, com a resolutividade do problema apresentado pela criança. Segundo Donabedian (1990), de 30% a 40% das avaliações dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde está condicionada a como percebem sua capacidade diagnóstica e terapêutica. As mães faziam duras críticas a quem não examinava, simplificava o diagnóstico, errava a medicação e valorizavam positivamente quem investigava a contento.

> *"Ele nunca via nada, ele nunca achava nada nas crianças, esse é o problema... Ele nem rela a mão, é virose e pronto acabo."* (G3j)

> *"Com a minha filha, porque ela tem muita tosse, essas coisas. Então ela não está se dando mais com amoxacilina. Então em um mês ela tomou umas duas, três vezes amoxacilina, começou com 7 dias, depois*

começou com 14 dias, passou uma semana melhorou, voltou de novo, tacou amoxacilina de novo." (G4b)

"Ele fuça... por isso que demora." (G3j)

Não reclamavam de consultas demoradas. Para Caprara e Rodrigues (2004) um tempo maior de consulta parece implicar em uma melhor anamnese, melhor explicação do problema, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além de uma melhor verificação médica da compreensão do paciente e sua participação na consulta.

Frente a esses parâmetros, especialmente mães de crianças maiores, não poupavam críticas quando, além da conduta não ser bem sucedida, o problema só era resolvido ao encaminhar seus filhos aos serviços de referência secundário e terciário.

"*Aconteceu a mesma coisa com a minha menina, faz um mês atrás, eu vim aqui, o médico examinou ela e disse que num podia fazer nada por que fazia dois dias só que ela tava com febre, mas ela tava com febre de 40 graus. Aí eu peguei e levei no mesmo dia pra bairro e a médica falou na hora – Não, vai fazer exame por que ta com pneumonia. Teve que ficar internada, tudo."* (G2e)

"Olha, já aconteceu de eu vir aqui, foi passado uma tal medicação, eu não me dei por satisfeita, no mesmo dia eu fui na UNESP, no caso, e então interromperam aquela receita - Não é pra você dar isso, você está louca? Quem foi o médico que mandou você dar isso - interromperam e deram uma outra medicação, que era pra parar, aí que resolveu, mas já aconteceu isso, uma vez comigo aconteceu isso." (G4b)

"Comigo já aconteceu essas coisas, não de suspender a receita, mas de vim aqui, e depois num passa a febre, a febre volta, ou passa momentaneamente e volta de novo e daí eu vou em outro lugar, ou no pronto socorro, já fui até na UNESP também, quando ele era menorzinho... por que eles num resolve." (G1E).

Se, por um lado, o médico competente era aquele que resolvia o caso, as mães não deixaram de valorizar, também, aspectos relacionais. Já foi constatado que a maioria da queixas dos pacientes com relação ao médico não é sobre sua competência clínica, mas se referem a problemas comunicacionais (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Para Donabedian (1990), quando o usuário vai avaliar a qualidade do serviço, de 40 a 50% dos comentários se referem à relação que se estabelece entre profissionais e usuários, em particular entre médico e paciente.

Nesta pesquisa, as mães enfatizavam que tinham uma relação bastante próxima com o médico. Ao se referir a ele usavam seu nome próprio, muitas vezes sem identificá-lo como doutor, conheciam suas particularidades, e estendiam essa forma de relação mais pessoal a outros médicos que já não trabalhavam na unidade.

> *"... Olha, os dois médicos que ta aqui que eu conheço, o doutor AU. e a doutora O., pra mim eles são maravilhosos, nossa..."*. (G1e)

> *"... Esses dias o I.*(filho) *veio aqui e na época era o S. (médico) que tava. Daí veio o S. Daí ele perguntou um monte de coisa..."* (G3k)

> *"... a doutora E. era meio esquisitona."* (G1a).

> *"O doutor A. é muito competente. O que ele tem que fazer ele faz.* (G3d)

> *"Então assim, fica muito pesado de trazer nossa criança aqui por que não tem pediatra mesmo pra criança, só a doutora O."* (G2e)

A boa relação, inclusive, dava poder ao médico de ficar bravo com a resistência das mães em seguir algumas das condutas prescritas.

> *"Ah! Eu com o doutor A. uma vez por mês eu dou um "peguinha" legal com ele, por que ele falou pra mim dar o peito pro moleque, mas como que eu vou dar se o moleque num mama? Eu punha o moleque na mamadeira, daí ele falava – Não põe o moleque na mamadeira –*

> *Aí eu falei – Ai, Já coloquei – Aí ele falou assim- Não me dê... – E eu falei - Já dei!- Aí ele ficou bravo comigo."* (G3e)

Em alguns momentos, pode existir uma diversidade cultural entre os médicos e os pacientes, e, como conseqüência, resistência materna às orientações médicas. A divergência de valores e crenças pode implicar em não adesão à terapêutica (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). No entanto, como se pode perceber no caso acima, o reconhecimento do profissional como competente no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica e autorizam reprimendas e discussão.

Relacionamento com os profissionais da unidade- "*ela não vai com a minha cara e eu também não vou com a cara dela"*

Em resumo, a competência dos profissionais de saúde, das duas unidades estudadas, esteve basicamente relacionada com a capacidade de solucionar os problemas apresentados pela criança, isto é, era competente (ou não), em primeiro lugar, o profissional que conseguia resolver o problema. Entretanto, frente a todos os profissionais da unidade, as mães sempre teceram comentários sobre as relações interpessoais. O acolhimento, em especial a escuta aos problemas trazidos, mostrou-se fundamental na avaliação de todos os membros da equipe.

As dificuldades na relação médico/paciente e suas conseqüências para uma boa resolução dos problemas de saúde vêm ganhando a atenção dos pesquisadores. Segundo Caprara e Rodrigues (2004), a partir de dados do Toronto Consensus Statemen de 1994, as relações médico/paciente são bastante deficitárias: 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são levados em consideração pelos médicos, em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal e 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do problema. Por outro lado, o bom relacionamento médico-paciente, além de refletir efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, parece exercer uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes.

Nesta pesquisa, o bom acolhimento ocorria quando o profissional demonstrava atenção às necessidades apresentadas pelas mães e empatia na comunicação.

> *"A primeira vez quando eu vi a R.. Eu falei pra ela- Ai, eu queria passar pra cá - E ela já pegou os meus documentos, já fez na hora. Daí tinha que dar vacina nela de 4 meses, ela veio, deu a vacina...daí ela falou o nome da moça que ia passar em casa..."* (G2d)

> ***"****Que nem, hoje eu vim aqui só passar, mesmo, e a mulher que me atendeu, eu achei muito boa. Ela te atende, pesa, conversa com a gente."* (G2d)

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Shimizu e Rosales (2008), em que os usuários relataram existir atenção e carinho dos profissionais, tanto na recepção como no atendimento, o que fez com que se sentissem tratados com dignidade e respeito, caracterizando a humanização do cuidado tida como elemento essencial do trabalho.

Para as mães, o acolhimento ruim estava relacionado à falta de atenção e compreensão, muito freqüentes durante as consultas eventuais, e na falta de comprometimento e respeito com os pacientes, com seus pertences (prontuários, cartões de agendamento), o descaso com os pedidos e informações, inclusive do recepcionista.

> *"E tem uma moça que trabalha aqui, ela não vai com a minha cara, não sei por que. Esses dias, teve a febre amarela. Eu vim pra dar vacina na minha filha e cheguei aqui com ela também, por que ela é de mês, né? Ela olhou bem pra minha cara e falou assim - Nossa, quanto filho! – Eu peguei e falei assim – É, tem que fazer filho pra vocês poderem dar a vacina- ...Eu não sei por que. Eu acho esse posto é bom, só que ela não vai com a minha cara e nem eu com a fuça dela, mas do resto aqui é muito bom."* (G2d)

> *"Ai, tem uma que trabalha na recepção, que ela não vai com a minha cara e eu também não vou com a cara dela não. Ela assim, sabe? Parece que ela trata a gente com raiva, sabe? Eu num vou fazer nada..e parece que ela ta com uma raiva..."* (G2c)

> *"Ele esquece o cartão da gente em cima do computador e depois das 11 horas você vai perguntar por que não me atendeu ainda, aí ele fala*

> *– Ah, esqueci de levar o seu cartão – Daí você num consulta mais nada...“*(G3h)

> *“O dia que eu fiquei quatro horas aqui né, eu falei- Ah, num to agüentando mais não – daí eu perguntei pra ele – Viu, eu num vou ser chamada mais não ? - Ele falou – Espera só um pouquinho que eu vou falar pra enfermeira – Daí eu sentei e ele continuou sentado mexendo no computador. Ai que raiva que deu!”* (G3k)

Como já foi dito, um indicador da proximidade da relação era o uso freqüente dos nomes próprios. O fato das mães descreverem peculiaridades dos profissionais (simpatias, estereótipos e expectativas conflitantes), parecia demonstrar que, ao lado do compromisso profissional, se estabeleciam relações interpessoais, com as particularidades que normalmente estão presentes nas relações, afetos, subjetividade e valores (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

> *“A primeira vez quando eu vi, a R., ela é uma moça muito boazinha, uma mulher fortinha, de aparelho que fica dando vacina, ela é uma amor.”* (G2d)

> *“O doutor A. é muito competente. O que ele tem que fazer ele faz. A enfermeira nova eu num conheço, a AI. era ótima. E a minha agente pelo menos, a I., morre por causa de mim.”* (G3d)

> “*... Esses dias o G. veio aqui e na época era o S. que tava, daí veio o S. daí ele perguntou um monte de coisa...”* (G3k)

Por outro lado, quando o grupo de mães queria mostrar distanciamento e falta de familiaridade, além de não reconhecer os profissionais pelo nome, utilizavam descrições impessoais para identificá-los como “essas mulher”, ”as menina” “a secona”.

> *“Ah! Essas mulher que vai? Bate palma lá?”* (G1E)

> *“... por que as menina nunca entraram...”*(G1a)

> *"A única que é meio secona é uma magrinha que trabalha na recepção... eu acho que a que fica na recepção devia dar mais atenção."* (G2e)

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), também constataram que a formação do vínculo com o profissional pode ser evidenciada pelo uso de seu nome pelos usuários. Da mesma forma, os profissionais também valorizavam o fato de conhecer a maioria dos nomes da população de sua área adscrita. Segundo os autores, esta característica aumenta a confiança da população no profissional e facilita a resolutividade dos problemas de saúde.

Conhecer os profissionais e ser conhecida, além de facilitar o bom relacionamento profissional/usuário, permitia que se criassem laços estreitos, tendo a liberdade de abordar problemas pessoais e, possivelmente, mais íntimos:

> *"Eu falo de vez em quando com a E., né? A Assistente social. De vez em quando eu vou bater língua lá, eu vou conversar com lá do outro lado da cidade, fala pra ela a falta que ela faz aqui... só."* (G1e)

O fato de serem conhecidas e familiares no serviço, também, pareceu trazer benefícios, como diminuir o tempo de espera e aumentar a disponibilidade do profissional em quebrar as regras para atender às necessidades das mães.

> *"Eles me recebem muito bem, porque eles já me conhecem..."* (G1e)

> *"Pra mim foi boa, porque eu trouxe ela e atenderam na hora. Nem perguntaram nada, foram vendo, na hora. Então pra mim foi bom."* (G1d)

> *"... Falou assim- Nossa, qualquer coisa se você achar que não está certo pode ir no posto. Num é só porque a consulta está marcada pra daqui seis meses...você pode trazer ela sossegada. Preciso eu vou traze. Então eu fiquei mais sossegada."* (G1a)

Chamou a atenção que o grupo de mães de crianças maiores de 1 ano, da unidade 2, foi o único que não enfatizou a necessidade de relações personalizadas, nem experiências

pessoais de proximidade com os profissionais, para conseguir um bom atendimento. Esse grupo enfatizava a preocupação com o desempenho de cada profissional dentro de suas respectivas competências e a necessidade de um acolhimento humanizado. Desta forma, criticaram a desorganização do serviço, interpretada como falta de acolhimento, e o tempo de espera associado à despreocupação dos profissionais da unidade e não à alta demanda.

> *"Uma coisa que eu acho assim que poderia mudar, por exemplo, a gente colhe um exame e vem trazer o exame pra coleta, a gente tem que pegar fila e ficar esperando, tipo uma senha, aí espera... o meu marido veio outro dia pra trazer o meu só pra entregar o exame ele ficou meia hora, uma hora lá fora, esperando."* (G4c)

> *"Por que a gente por causa do nosso filho, a gente fica desesperada, nossa, a gente quer morrer por causa que a criança está daquele jeito. Chega aqui e não por que tem muita gente, por que às vezes tem muita gente e atende rápido. Ás vezes quando não tem ninguém um ta lá na sala, outro ta em outro lugar, e parece que nunca vai atender sabe? O problema aqui é a demora. Sempre a minha tia vem com a minha filha e assim, a consulta era 10:30h e ela foi atendida quase meio dia. A gente vê médico e enfermeira saindo de lá pra cá e a gente fica pensando: "a gente está aqui esperando, somos marcados, não estamos vindo para consulta eventual, e eles estão andando, passeando, num sei..."* (G4b)

Portanto, na avaliação de um serviço, parece haver uma alta relação entre aspectos organizacionais e relacionais. A qualificação dos profissionais, aspectos organizacionais como estrutura física adequada e planejamento das ações da equipe são elementos indispensáveis à formação do vínculo, responsáveis pela aproximação do usuário aos serviços, que se sentem acolhidos, respeitados e mais participativos nas ações da comunidade (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). Em contrapartida, a alta rotatividade dos médicos, os problemas de agendamento e a longa espera pelo atendimento pareceram elementos responsáveis pela procura de outros serviços e desconfiança quanto aos profissionais que atuam nas unidades de atenção primária.

Tema: Modelos de Atenção

A comparação dos dois modelos: "*era bom demais"*

Somente as mães que compuseram os grupos da unidade 1 puderam comparar os dois modelos, visto que só elas haviam vivenciado o processo de substituição do modelo tradicional para a ESF e tinham condições de avaliar as diferenças entre os dois.

De modo geral, as mães verbalizaram, explicitamente, sua preferência pelo modelo tradicional. Segundo Melo (1992) apud Trad e Batos (1998) qualquer mudança em padrões tradicionais de comportamento, sobretudo aqueles que foram interiorizados mais precocemente, possui um ritmo quase imperceptível de instalação e exige um tempo ainda maior para que se tornem conscientes e assumidos pelos atores nela envolvidos.

No modelo anterior, segundo as mães, o aspecto mais positivo era a maior disponibilidade de consultas. Havia mais médicos pediatras, o que aumentava a oferta de atendimentos, inclusive de consultas eventuais, eles estavam presentes na unidade em mais períodos da semana e, conseqüentemente elas tinham maior opção de escolha do profissional que deveria atender seu filho, de acordo com sua afinidade.

> *"Tinha pediatra todo dia, você escolhia qual você queria esse mês, se era o doutor AU., se era a doutora E., num é? Num é verdade meninas? Eu num to mentindo, você lembra num é?"* (G1e)

> ***"...** antes, quando era o posto antigo, tinha mais pediatra, tinha extra à tarde... E no posto antigo tinha duas pediatras, três, o doutor AU., a doutora E. e mais um outro que eu não lembro o nome."* (G2e)

Segundo Trad et al. (2002), quando não há a presença diária do médico no serviço, os usuários optam por alternativas caseiras para tratamento do problema de saúde, denunciando um sentimento de desamparo diante da lógica que governa a dinâmica demanda/atenção.

As mães destacaram também, que antes da substituição do modelo de atenção básica, havia mais agilidade no atendimento, atrelada tanto à oferta de médicos, como à maior flexibilidade de horários. Como a unidade iniciava suas atividades mais cedo, se evitava que

os usuários ficassem do lado de fora, esperando a abertura da unidade, sofrendo grande desconforto, principalmente em época de frio.

> *"E ficava aberto até mais tarde, podia vim, consultava... e era muito rápido, você vinha, e nossa, era uma beleza... E extra mesmo a tarde era direto, tinha horário, excelente. Depois que passou pro novo, ficou só a beleza mesmo. E abria mais cedo... agora, a gente tem que vim cedinho e ficar lá fora, às vezes no frio com a criança, até sete e meia pra entrar lá dentro...* (G2e)

Esse depoimento contradiz colocações de Trad et al. (2002), que afirmam que com a inserção da ESF, a prática de acordar de madrugada para conseguir uma vaga diminuiu, assim como o tempo de espera para consultas. No entanto, esses mesmos autores concordam que esses problemas não foram totalmente eliminados e ainda obrigam o usuário a sair muito cedo de sua casa para ser contemplado com uma ficha de atendimento.

As mães valorizavam, também, a postura profissional dos funcionários, isto é, acreditavam que, os profissionais do modelo tradicional eram mais responsáveis e preocupados com o atendimento que os atuais, chegavam mais cedo, não perdiam tempo conversando.

> *"... os funcionários excelentes por que eles num ficavam... não que... a gente num tem nada a ver com isso, mas a gente vê que fica batendo muito papo em vez de atender logo"* (G2e)

O acolhimento insatisfatório, a postura e a pouca preocupação do profissional com o bem–estar do usuário acaba despertando um sentimento de desconfiança em relação ao atendimento (LIMA et al., 2007). As mães pareciam preferir profissionais mais velhos porque acreditavam que facilitava a relação. Associavam idade com experiência profissional. Pessoas mais velhas e mais vividas tinham maior competência profissional, compreendiam melhor os problemas apresentados e suas opiniões eram ouvidas e valorizadas.

> *"Antigamente era melhor, por que o pessoal era mais velho, sabia mais, agora o pessoal é muito bobo."* (G2c)

> *"São pessoas mais velhas, sabe? Tratava as pessoas bem, sabe? Já era vivida. Uma moça nova assim, sabe? fica ali na frente, pensa que é a rainha, né?"* (G2d)

> *"É porque antigamente as auxiliares que ficavam aí na frente eram mais de idade assim, a gente tinha mais afinidade."* (G1a)

Destacaram também que, no modelo tradicional, havia a presença de outros profissionais, como assistente social, que hoje não faz parte da equipe mínima, valorizados pelas ajudas prestadas. No caso específico da assistente social, ela facilitava o agendamento de consultas e providenciava produtos e remédios de difícil acesso. Pareceu que, com a sua saída, as mães ficaram desamparadas.

> ***"****Era bom demais as meninas, eu me lembro, era bom demais. Aqui num precisava ficar batendo com as pernas atrás de Assistente Social. Olha, daqui manda nóis lá, de lá num dá certo e manda nóis lá, lá do outro lado da cidade. Aqui primeiro que tinha tudo, num precisava ficar andando, né? Tinha Assistente Social...tem vez que a gente num tem como comprar remédio, porque tem remédio que é caro, né? A gente vinha aqui, conversava com a Assistente Social que era boazinha, que era a E., um amor de pessoa, ela arrumava o remédio pra a gente, sabe? Era tudo bom. Agora aqui num tem nada disso, se tive aqui tudo bem, se num tiver, minha filha, você se vira! Aqui num dá nem pra falar, tinha que mudar tudo, voltar o posto do jeito que era antes."* (G1e)

Formas de viabilizar mudanças: *"... Se vira prefeito."*

Se a comparação dos modelos só foi feita por mães da unidade 1, as deficiências no atendimento, como a dificuldade de conseguir consultas eventuais, longo tempo de espera, falta de médicos e mesmo erro nos diagnósticos, foram apontadas pelas mães das 2 unidades, indiscriminadamente. Se em todos os grupos as mães sabiam apontar deficiências, poucas sugeriram soluções ou mesmo ações para viabilizar mudanças.

Para a OMS, o incentivo à auto-responsabilidade e à participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde, são requisitos indispensáveis à otimização do atendimento (TRAD; BASTOS, 1998). A participação da comunidade está prevista tanto no diagnóstico da situação de saúde e planejamento das atividades da equipe de saúde da família, como nos Conselhos Gestores e Populares (CREVELIM; PEDUZZI, 2005), no entanto, pode-se perceber que, na relação direta e cotidiana das mães com o serviço, elas ainda estavam ausentes do planejamento e da tomada de decisão.

Dentro das sugestões de mudança na rotina, para minimizar o desconforto do tempo de espera, uma das poucas idéias sugeridas foi criar uma sala com brinquedos para as crianças, com atividades recreativas, como ocorreu em outra época. Lembraram, também, da possibilidade de contar com um funcionário, para tomar conta dos outros filhos, enquanto a mãe entrava na consulta com um deles.

> *"Ah, uma salinha que tenha brinquedo pra eles brincarem."* (G3k)

> *"Antes tinha umas mesinhas, umas cadeirinhas pras crianças, agora nem isso tem mais."* (G3g)

> *"Antigamente tinha né, eles davam desenho, davam lápis. Agora a hora que você chega, eu, por exemplo, tenho que trazer eles, e daí as vezes as auxiliar de enfermagem, a AB., a N., elas pega eles pra mim poder consultar ele, mas quando elas tão ocupadas, daí "pega pra capá"* (G3i)

Questionadas sobre como acreditavam que poderiam conseguir tais mudanças, elas lembraram de algumas soluções concretas, como mais funcionários para receber exames, uma sala de brinquedo, etc. Mas, na maioria das vezes, remetiam a solução a uma autoridade. Uma lembrou que deveriam procurar pelo prefeito da cidade, justificando que a responsabilidade de contratar profissionais cabia a ele e por um sentimento de troca de favores, uma vez que o prefeito foi eleito pela população.

> *"Prefeito vem dá um jeito!"* (G1a)

> *"Pede pro prefeito. É quem contrata aqui os funcionários Se vira prefeito... Vem dá um jeito. Num é nada difícil. Ele num quer nossos votos na hora que quer ganhar? Arruma pediatra e põe aqui."* (G1e)

A única ação que já havia sido tomada por uma mãe foi de registrar sua queixa, anonimamente, em uma caixa de mensagens, mas, sem muita esperança de ver suas solicitações atendidas.

> *"Só um dia eu escrevi, é... têm ali agradecimentos, daí eu escrevi algumas coisas pra eles aí, pra ver se eles se tocavam, mas não adianta."* (G2a)

Em resumo, pode-se perceber que as mães tinham muitas reivindicações individuais e pontuais. Na análise das causas dos problemas, geralmente focalizavam sempre os mesmos aspectos como responsáveis pelas deficiências, mas, como não pareciam se sentir co-responsáveis pela superação das dificuldades, ou com medo de expor individualmente suas opiniões, deram poucas sugestões concretas. No final, remetiam a responsabilidade pela resolução às autoridades responsáveis. Não pareceu existir uma organização concreta dos usuários e nem uma percepção das ferramentas de participação oferecidas pelo município e pela unidade de saúde.

Para Cortes (2002), uma das características dos países em desenvolvimento é uma fraqueza ou ausência de sociedade civil organizada capaz de contrabalançar o poder político das elites econômicas e militares em aliança com a burocracia estatal. Nos países da América Latina, por exemplo, o processo de tomada de decisões políticas é conduzido através de interesses empresariais e militares, diretamente representados dentro da estrutura burocrática do Estado enquanto que os interesses da sociedade civil são sistematicamente excluídos dos canais decisórios.

Especificamente no Brasil dois fatores históricos de peso propiciaram uma possibilidade de maior participação popular nos órgãos decisórios de saúde. Em primeiro lugar, a organização da sociedade civil de resistência ao regime militar, nos anos setenta, e, a seguir, a promulgação da Constituição em 1988, que criou mecanismos de envolvimento das classes populares na administração pública, particularmente na área da saúde. No entanto, constata-se que, ainda, grande parcela da população não está organizada de modo a sustentar

atividades políticas regulares e os interesses sociais são freqüentemente representados através de processos informais, ao invés de formas públicas de pressão (CORTES, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo levando em conta algumas limitações do estudo, em especial a realização dos grupos focais na própria unidade, que pode ter desencadeado receio nas mães em demonstrar suas reais percepções sobre os profissionais e os serviços prestados e da diferença no número de participantes nos diferentes grupos, apesar das insistentes formas de contactar os sujeitos, os resultados do estudo parecem permitir algumas considerações finais.

Segundo FEUERWERKER (2005), o SUS continua na luta para assegurar saúde como direito, acesso universal e equidade, e vem conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor e a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país. Além disso, hoje em dia, há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social. Entretanto, apesar desses avanços, alguns valores que o SUS procura desconstruir continuam fortes junto alguns profissionais de saúde e da população, na concepção das mães deste estudo. Exemplo disso está em várias das falas das mães deste estudo, usuárias de serviços infantis em unidades da ESF. Como se verá a seguir.

Em primeiro lugar, apesar da avaliação bastante positiva da proximidade entre a residência e unidade, o hospital continuou sendo considerado o parâmetro de bom atendimento por ser o local que concentra equipamentos e tecnologia dura assim como profissionais considerados mais qualificados. Não resta dúvida que para assegurar a integralidade o hospital tem que continuar responsável pelos atendimentos secundários e terciários, mas não pode ser a única referência de qualidade tanto para intercorrências, como para consultas de rotina.

A seguir, quando as mães se posicionaram frente à organização do sistema e das práticas de saúde cotidianas na unidade, houve uma supervalorização da especialização e do trabalho médico em detrimento dos outros profissionais da equipe de saúde da família. Grande parte das queixas girou em torno do reduzido quadro de médicos contratados para atender toda a demanda existente, especialmente de pediatras, visto que estava se falando de população infantil.

A atuação de médicos generalistas foi vista com desconfiança e as funções de outros membros da equipe, especialmente desenvolvidas por agentes ou enfermeiros, nem sempre foram relevadas ou avaliadas positivamente. A pré consulta da enfermagem, por exemplo, criada no novo modelo de saúde na tentativa de regular o acesso, com o objetivo de atender as necessidades das crianças ou direcioná-las para o ponto do sistema que fosse capaz de responder às suas demandas, foi considerada pelas mães uma perda de tempo, porque precisavam relatar as queixas na pré consulta, para em seguida ter que repetir tudo de novo ao médico. Na medida em que as crianças eram levadas aos serviços quando estavam doentes, o fato do enfermeiro não poder medicar era interpretado como uma limitação, acreditando que a cura só se obtém com remédios. O trabalho do agente, também, era visto de forma bastante limitada, valorizado por marcar consultas e exames, mas pouco lembrado no seu trabalho de orientação, prevenção e promoção.

Ainda são vários os problemas para lidar com a demanda espontânea nas unidades de saúde, explicitada nas pesadas críticas feitas pelas mães às dificuldades de conseguir consultas eventuais e o longo tempo de espera no atendimento, mesmo quando se tratava de consulta agendada. Para Feuerwerker (2005), isso acaba levando a consultas que se restringem a queixa – conduta.

As colocações parecem demonstrar que para essas mães, o direito à saúde ainda pode ser traduzido como direito de consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, isto é uma concepção de atenção à saúde centrada na doença, mais de acordo com o modelo tradicional. No entanto, foi possível, também, apontar para mudanças no conceito de atenção à saúde, neste grupo de mães.

Em primeiro lugar, a aceitação da visita domiciliar pelo grupo de mães que tinham mais tempo de experiência como usuárias da ESF, em uma unidade em que a visita parecia ter qualidade. Não só valorizavam a visita como gostariam que participasse dela toda a equipe mínima (médico, enfermeiro e agente), como ocorria nas primeiras consultas ao recém-nascido. Em relação ao agente, as mães dessa unidade pareciam ter uma compreensão mais abrangente de suas funções, destacando que além de ajudar no agendamento de consultas e trazer recados, ele exercia um papel de orientador de saúde e mediador, isto é, de elo de ligação entre as famílias e os profissionais da unidade.

Da mesma forma, apesar dessas mães também tecerem críticas à atuação de algumas enfermeiras, o teor das reclamações residia no fato delas se centrarem apenas nas queixas, enquanto o médico fazia uma investigação mais ampla do estado de saúde da criança, mais próxima do princípio da integralidade. Concomitantemente, algumas elogiavam as orientações

dadas pelas enfermeiras, seu compromisso com os pacientes e sua disponibilidade em ajudar e tirar dúvidas.

Se por um lado as mães reclamavam do tempo de espera, por outro não se incomodavam com consultas longas, esperavam que os profissionais examinassem a criança como um todo e queriam continuidade no seguimento, com regularidade de agendamentos, especialmente para crianças muito pequenas. A disponibilidade da mãe de trazer a criança à unidade para acompanhamento, mesmo quando ela não estava doente, pode estar sinalizando para uma mudança no conceito de saúde, que deixa de ter a interpretação de ausência de doença, e passa a ser equivalente a um bem-estar mais amplo. Analisando as falas das mães, percebe-se que a reivindicação por maior número de consultas de acompanhamento das crianças visava impedir o aparecimento de doenças ou agudização de sintomas, dentro de uma linha preventiva. Ao criticar consultas focadas na queixa e de curta duração, características da atenção secundária, as mães pareciam sinalizar para uma organização de serviços no nível da atenção básica, onde um critério de qualidade seja a escuta, o reconhecimento e o diálogo da equipe de saúde com a população e os usuários (STOTZ, 2005).

Nesse sentido, é preciso destacar que ao avaliar a competência dos profissionais, as mães não se prenderam, apenas, à resolutividade das queixas apresentadas, mas enfatizaram a importância do acolhimento e boas relações interpessoais. Facilidade de agendamentos, continuidade no atendimento, pouco tempo de espera, profissionais disponíveis a escutar, que acolhem queixas e viabilizam soluções, fazem com que os usuários se sintam tratados com dignidade e respeito, caracterizando a humanização do cuidado como elemento essencial das praticas em saúde. Segundo Feuerwerker (2005), a produção de atos em saúde é um território de trabalho vivo, onde predominam as tecnologias leves, relacionais, em detrimento de tecnologias duras, equipamentos e saber estruturado. Se essas características fazem com que haja sempre um grau de incerteza quanto ao sucesso das intervenções (bons projetos fracassaram devido a desavenças entre as pessoas envolvidas), por outro lado abrem a possibilidade para estratégias que possibilitam a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para invenção. É no espaço da micro-política das práticas em saúde que poderá ocorrer a quebra da lógica predominante.

Frente ao discurso das mães, é possível dizer que há avanços e fragilidades na implantação do novo modelo de atenção à criança, dentro da ESF, em Botucatu. É um processo em construção com falhas a serem sanadas, que vão dos horários de funcionamento e clareza quanto à competência dos serviços prestados pela atenção primária, passando pela integração dos 3 níveis de atendimento e, principalmente pela oferta de profissionais

capacitados para atuar no novo modelo. Mas, também é preciso atenção especial, para a necessidade de ampliar a concepção que essas mães tinham sobre seu direito de participação e especialmente seu poder de mudança.

A participação representativa de prestadores, trabalhadores e usuários na gestão, é considerada elemento importante na forma de fazer cumprir os compromissos democráticos na construção do SUS, a "alma" do movimento de reforma sanitária. Vários mecanismos de participação social, como os conselhos locais, municipais, estaduais e nacionais foram propostos, alguns antes da constituição do SUS, como espaço tanto de explicitação de problemas locais, planejamento de mudanças, como de debates e controle das atividades públicas existentes no país. Apesar de saber que em muitos municípios brasileiros há experiências relevantes de gestão participativa, na maioria, ainda há uma participação incipiente da população, que, em alguns casos, reflete a falta de organização da sociedade civil (FEUERWERKER, 2005).

A tradição de muitos anos de políticas assistencialistas fez com que alguns segmentos da população brasileira ainda desconheçam seu direito de participação, tenham receio de expor suas idéias e mesmo acreditem que não é de sua competência sugerir alternativas e ações que levem a mudanças na saúde. As mães deste estudo ainda não assimilaram sua co-responsabilidade com a promoção, entendida como o processo de capacitar a população para exercer e aumentar o controle sobre sua saúde, tanto no aspecto individual como coletivo (SOUZA; GRUNDY, 2004). Exemplo disso está na frase de uma das mães, ao ser questionada como seria possível viabilizar mudanças nas unidades: "se vira, prefeito". Esse posicionamento parece sinalizar para a necessidade de, ao lado das mudanças organizacionais e estruturais, envolver o usuário de forma mais direta na crítica e na construção de novas práticas em saúde.

Segundo Machado et al. (2007), a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade, assim como das estruturas socioeconômicas como constituintes de acessos na busca por condições humanas dignas, é um requisito necessário para construção do processo educativo em saúde.

Para tanto, é preciso pensar em ações educativas, um processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permita ao usuário desvelar a realidade e propor ações transformadoras, levando à sua autonomia e emancipação, com condições de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

O profissional de enfermagem pode desempenhar um relevante papel nesse sentido. A prática de enfermagem relacionada à educação em saúde e, sobretudo, à educação popular em saúde, tem recebido amplo reconhecimento, embora não tenha ainda produzido os resultados necessários e desejados. Permanece com uma lacuna, como um desafio para o profissional que, apesar de consciente, assiste e colabora com os programas estabelecidos pelos órgãos públicos, porém não consegue atingir melhores resultados devido às barreiras socioeconômicas, políticas e de educação em saúde, que consistem fatores fundamentais para o avanço do conhecimento e da conscientização dos próprios trabalhadores da área.

Nesta perspectiva, uma experiência desenvolvida no Ceará pode ajudar a traçar caminhos (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007). Em oficinas educativas desenvolvidas com pais de crianças desnutridas, no Núcleo de Atenção Médica Integrada vinculado à Universidade de Fortaleza, a enfermeira abriu um espaço para discussão, reflexão e compreensão das dificuldades encontradas pelas famílias quanto aos cuidados cotidianos, trabalhando exaustivamente os conceitos de promoção da saúde e no processo saúde e doença. A princípio, os pais tiveram problemas de participação semelhantes às mães de nossos grupos focais, tinham dificuldade em demonstrar suas idéias acerca dos assuntos, e cada um estava preocupado com sua problemática e dificuldade de se expor diante do outro. Com o desenrolar das oficinas, constatou-se uma evolução, todos participavam de modo entusiástico, com envolvimento no processo, com a finalidade de, num futuro próximo, poder prevenir seqüelas à saúde de seus filhos e promover a melhoria na qualidade de vida de suas famílias.

As colocações das mães, assim como a avaliação positiva de participação nos grupos focais deste estudo, permite supor que os usuários querem falar, contar suas propor demandas e fazer queixas, apesar de ainda explicitarem poucas idéias de mudança ou terem se apropriado de sua responsabilidade nas mudanças. Aproveitando a experiência do Ceará, reunir as mães para avaliar os serviços de saúde que são oferecidos aos seus filhos, pode ser considerado com a criação de um espaço democrático, onde as reflexões levem a um resgate da cidadania.

REFERÊNCIAS

6 REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Paul. Enferm.**, v.12, n.2, p.82-86, 1993.

ALMEIDA, M.I. et al. O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.1, p.36-46, 2006.

AMORATTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.,** v.29, n.2, p.136-146, Maio/Ago 2005.

ATLAS do desenvolvimento humano. **Perfil municipal**. Botucatu, 2000. Disponível em <http://www.rc.unesp.br/igce/ceurb/basededados/pdf/botucatu.PDF.>. Acesso em: 27 mar. 2008.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação de acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.35, p.797-810, 2010.

AZEVEDO, G.D.; VILAR, M.J.P. Educação médica e integralidade: o real desafio para a profissão Médica. **Rev. Bras. Reumatol.**, v.46, n.6, p.407-409, 2006.

BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.,** 2009. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4943>. Acesso em: 12 set. 2010.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2003.

BOING, A.F.; BOING, A.C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil, um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p. 447-455, 2008.

BORGES, C.C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do PSF. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.18, p.507-519, 2005.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.13, n.1, p.259-268, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Indicadores e Dados Básicos – IDB – 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/>. Acesso em: 5 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/>. Acesso em: 5 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores do Pacto pela Saúde – 2010/2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/>. Acesso 12 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde:** saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 fev. 2008.

BRASIL. **Portaria Nº 1.625** de 10 de julho de 2007. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2006a. Seção 1, p.32.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa **Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDIPI. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. **A implantação da unidade de saúde da família.** Caderno de atenção básica: programa saúde da família. Brasília, 2000. v.1, 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, v.42, n.2, p.347-368, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 5 Jun. 2010.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A co-produção de sujeitos e de coletivos: a função paidética. In: CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.100.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Colet.,** v.9, n.1, p. 139-146, 2004.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M.A.S. **Botucatu em dados:** 2008. Botucatu: FMB – UNESP: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, 2009. p.50.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública,** v.30, n.3, p. 285-293, 1996.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública,** v.16, n.2, p.507-515, 2000.

CASTANEHIRA, E.R.L. (Coord.). Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do estado de São Paulo. **Programa Pesquisa para o SUS:** gestão compartilhada em saúde. 2007.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias,** v.4, n.7, p. 18-49, Jan/June. 2002.

COSTA, R.C.R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociol. Polit**., n.18, p.49-71, 2002.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafioas no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. Bras. Enferm., v.62, n.1, 2009

COTTA, R.M.M. et al. A satisfação dos usuários do programa saúde da família: avaliando o cuidado em saúde. **Sci. Med**., v.15, n.4, p.227-234, 2005.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde Colet.,** v.10, n.2, p.323-331, 2005.

CRUZ, M.G.B. **PSF - Programa de Saúde da Família:** comparando a mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações, entre municípios com e sem o programa no Estado de São Paulo. 2002. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2002.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA, J.R.M.; TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde.** Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med**., v.114, n.11, p.1115-1118, 1990.

ELIAS, P.E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cienc. Saude Colet.,** v.11, n.3, p.633-641, 2006.

ESPIRIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Publica,** v.22, n.6, p.1267-1276, 2006.

FACCHINI, L.A.F. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v.11, n.3, p.669-681, 2006.

FERRAZ, Z.T.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho de agente comunitário de saúde no programa de saúde da família em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Colet.,** v.10, n.2, p.347-355, 2005.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n.2, p.143-151, Jun. 2004.

FROTA, M.A.; ALBUQUERQUE, C.M.; LINARD, A.G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto Enferm**., v.16, n.2, p.246-453, Apr./Jun. 2007.

GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto Contexto Enferm**., v.16, n.4, p.617-625, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.,** v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm**., v.58, n.4, p.393-398, 2005.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Psicologia médica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. **Quantitative research in health care.** London: BMJ Books, 2000. p. 20-29.

LACERDA, M.R. et al. Atenção domiciliar: modalidades que fundamental sua prática. **Saúde Soc.,** v.15, n.2, p. 88-95, 2006.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.1, p.197-203, 2004.

LIMA, J.C.; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Soc. Estado**, v.20, n.1, p. 103-133, 2005.

LIMA, M.A.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul. Enferm.,** v.20, n.1, p.12-17, 2007

LUQUE, A.L.F. **Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco no município de Botucatu-SP.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

MACEDO, L.C.; LAROCCA, L.M.; MAZZA, V.A. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.,** v.12, n.26, p.648-657, 2008.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Colet.,** v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Commun. Health**, v.60, n.1, p.3-4, 2006.

MANDÚ, E.N.T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm**., v.17, n.1, p.131-140, 2008.

MARTINS, J. **Avaliação de tecnologia inovadora para promoção do desenvolvimento infantil, segundo agentes comunitários de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado). - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

MEIRA, R.M.M.B.P. **O agente comunitário de saúde:** convergências e divergências, na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço. 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: HUICITEC, 1993.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.2, p.358-364, 2009.

MORITA, I. **Os sistemas de proteção social e a organização dos serviços de saúde na Brasil.** Botucatu: Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Pública, 1997. Mimeogr.

OLIVA, J.C.G.A.; KAUCHAKJE, S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. **Rev. Katálysis**, v.12, n.1, p.22-31, 2009.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa saúde da família: a experiência da equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.4, p.727-733, 2006.

PERES, C.R.F.B. **O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília**. 2006. 165f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R.; GONZALEZ, R.M.B. **A pesquisa quantitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

RIBEIRO, J.M.; SIQUEIRA, S.A.V.; PINTO, L.F.S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciênc. Saúde Colet.,** v.15, n.2, p. 517-527, Mar. 2010.

ROCHA, A.A.R.M.; TRAD, L.A.B. A trajetória profissional de cinco médicos do programa de saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.303-316, 2005. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br>. Acesso em: 4 jun. 2010.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região nordeste do Brasil. **Cienc. Saude Colet**., v.11, p.713-724, 2006.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enferm**., v.60, n.6, p. 659-664, 2007.

SANTOS, S.M.R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**., v.17 n.1, p.124-130, 2008.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-1494, 2004.

SCHOLZE, A.S.; JUNIOR, C.F.D.; SILVA, Y.F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.31, p.303-314, Out./Dez. 2009.

SEABRA, D.C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. 2006. 133f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. **Rev. Latino-Am. Enferm.,** v.16, n.5, p.883-888, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_14.pdf>. Acesso em: 23 out. 2008.

SILVA, A.C. **O impacto do programa saúde da família no município de Sobral- Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2003.

SLOMP, F.M. **Assistência ao recém-nascido em uma unidade do Programa Saúde da Família de Guarapuava- PR**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção de saúde, epidemiologia e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Publica**, v.20, n.5, p.1354-1360, 2004.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude Soc**., v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA, M.F.; MERCCHÁN-HAMANN, E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? **Physis**, v.19, n.3, p.711-729, 2009.

SPAGNUOLO, R.S. **Coordenar equipe multiprofissional: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da Família**. 2006, 163f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

STOTZ, E.N. **Os desafios para o SUS e a educação popular**: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. 2005. Disponível em: <http://educaçãopopularemsaude/2005.html>. Acesso em: 13 maio 2010.

STRALEN, C. J. V. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.1, p. 148-158, 2008.

TOMAZ, J.B.C. O agente de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.6, n.10, p.84-87, 2002.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Cienc. Saúde Colet.**, v.7, n.3, p. 581-589, 2002.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

UCHINURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1561-1569, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v.10, n.3, p.599-613, 2005.

VIANA, A.L.D. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Cienc. Saúde Colet**., v.11, n.3, p.577-606, 2006.

VIANA, A.L.D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, supl., p.139-151, 2002.

VIANA, A.L.D.; POZ, M.R.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. **Physis,** v.15, supl., p.225-264, 2005.

ZOBOLI, L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1690-1699, 2004.

ANEXOS

7 ANEXOS

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: ***"Atenção à saúde infantil pela Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu."***

O objetivo da presente pesquisa é compreender a percepção das mães de crianças, usuárias de unidades do Programa Saúde da Família do município de Botucatu, em relação aos serviços de saúde disponíveis para crianças menores de cinco anos de idade em sua região.

As entrevistas serão realizadas em grupo de mães, e gravadas em fita cassete. Posteriormente as fitas serão transcritas e destruídas. Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, que manterá sigilo sobre sua identidade. O material poderá ser apresentado em reuniões cientificas e compor artigos científicos. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas. No caso de você não querer participar, ou desistir, depois do trabalho iniciado, não haverá nenhum prejuízo para você e sua família nos seus atendimentos, tanto no posto como na UNESP.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa: ***"Atenção à saúde infantil pela Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu."*** sob responsabilidade de Fernanda França Velo, aluna do programa de Pós-graduação à nível de mestrado na área de Saúde Pública, orientada pela Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa, consinto em participar deste estudo.

Botucatu,_____

_____ _____

Assinatura da Pesquisadora Assinatura do entrevistado

Endereços:

Pesquisadora: Fernanda França Velo - Rua Dr. João Cândido Villas Boas, 638, Vila Pinheiro Machado, CEP: 18608-226 Botucatu-SP. E-mail: fefafv@yahoo.com.br

Orientadora: Gimol Benzaquen Perosa - Departamento de Neuro e Psiquiatria. Distrito de Rubião Jr. s/n, CEP: 18618-970 Botucatu-SP. E-mail: gimol@fmb.unesp.br

Anexo II

Roteiro Grupo Focal

1) **Introdução**
   - Apresentação dos moderadores
   - Explanação do trabalho
   - Gravação
2) **Explicação sobre a técnica – Grupo Focal**
3) **Termo de consentimento livre e esclarecido**
4) **Entrega do Formulário de Identificação**
5) **Questão para reflexão e música**
   Questão: Para que vocês trazem a criança aqui?
6) **Abordagem temática principal:**
   - Para que vocês trazem a criança aqui?
   - Como vocês vêem as visitas domiciliares em relação à saúde da criança?
   - Como tem sido o papel do agente comunitário nessas visitas (*orientação, encaminhamento para os serviços da unidade e serviços referenciados*)?
   - Como tem sido o papel de médicos, enfermeiros e dentistas na resolução dos problemas de seus filhos?
   - Como vocês avaliam o comportamento dos profissionais da unidade no atendimento à criança, desde a recepção, quando chegam à unidade, até o término da consulta (médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários, auxiliar administrativo e dentista)?
   - Quando vocês ou as crianças precisaram de um encaminhamento para serviços referenciados, como foi? Vocês tiveram resposta?
   - O que vocês acham que é um caso de urgência dos seus filhos?
   - Em casos de atendimento de urgência, vocês vão para a unidade de saúde ou para outro serviço? Na visão de vocês qual o papel da unidade nos atendimentos de urgência?
   - O que vocês acham da localização do posto?
   - Em caso de consulta marcada ou de consulta eventual no posto ou no domicílio, o que vocês acham da disponibilidade de profissionais e como é espera pela consulta?
   - Se fosse pra vocês montarem uma unidade de Saúde da Família, o que vocês colocariam nela para o atendimento à criança? Seria diferente daqui?
   - Quando seus filhos eram menores, tinham até 1 ano de idade, como era o atendimento e os serviços oferecidos? Houve alguma mudança? (*Para mães com filhos entre 1 e 5 anos*)
   - Vocês já participaram de algum outro tipo de avaliação de serviço ou programa em outra ocasião?
   - Que sugestões vocês têm em relação aos serviços prestados à saúde da criança? E como essas necessidades podem ser viabilizadas?

Anexo III

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

Ética

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de maio de 2008 Of. 175/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Gimol Benzaquen Perosa
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Drª Gimol,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Avaliação da atenção prestada à saúde infantil pelo Programa de Saúde da Família, sob a ótica dos usuários", a ser conduzido por Fernanda França de Velo, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião de 05 de maio de 2.008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP **"Relatório Final de Atividades"**.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

Anexo IV

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus de Botucatu

FMB 38

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "Avaliação da atenção prestada à saúde infantil pelo Programa de Saúde da Família, sob a ótica dos usuários"

aprovado pelo CEP em 05/05/2008, teve seu título alterado para "Atenção à saúde infantil pela Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 14/01/2011

Nome/Assinatura do(a) aluno(a) Luanda Franca Tito

Nome/Assinatura do(a) orientador (a)

Gimol Benzaquen Perosa

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

14/01/2011 15:57